



Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH)
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento (PPG CogCom)

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza

Suicídio em povos indígenas: caracterização epidemiológica e trajetória dos cuidados em saúde pública

Belo Horizonte

2020

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza

Suicídio em povos indígenas: caracterização epidemiológica e trajetória dos cuidados em saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Cognição e Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro

Coorientadora: Prof.^a Dra. Juliana Alvares Teodoro

Belo Horizonte

2020

150 Souza, Ronaldo Santhiago Bonfim de.
S729s Suicídio em povos indígenas [manuscrito] : caracterização
2020 epidemiológica e trajetória dos cuidados em saúde pública /
Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza. - 2020.
142 f.
Orientador: Maycoln Leoni Martins Teodoro.
Coorientadora: Juliana Alvares Teodoro.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Suicídio - Teses. 3. Índios - Teses.
4. Epidemiologia – Teses 5. Saúde pública - Teses. I. Teodoro,
Maycoln Leôni Martins. II. Teodoro, Juliana Alvares. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia
e Ciências Humanas. IV. Título.



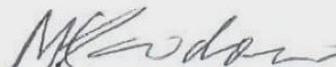
ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO
RONALDO SANTHIAGO BONFIM DE SOUZA

Realizou-se, no dia 30 de março de 2020, às 14:00 horas, Auditório Bicalho - FAFICH, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Suicídio em povos indígenas: caracterização epidemiológica e trajetória do cuidados em saúde pública*, apresentada por RONALDO SANTHIAGO BONFIM DE SOUZA, número de registro 2016669564, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maycoln Leoni Martins Teodoro - Orientador (UFMG), Prof(a). Juliana Alvares Teodoro (UFMG), Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (UFMG), Prof(a). Elizabeth do Nascimento (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Nadja Cristiane Lappann Botti (UFSJ), Prof(a). Marcelo da Silva Araújo Tavares (Universidade de Brasília).

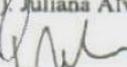
A Comissão considerou a tese:

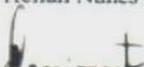
- Aprovada
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 30 de março de 2020.


Prof(a). Maycoln Leoni Martins Teodoro (Doutor)


Prof(a). Juliana Alvares Teodoro (Doutora)


Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (Doutor)


Prof(a). Elizabeth do Nascimento (Doutora)


Prof(a). Nadja Cristiane Lappann Botti (Doutora)

Prof(a). Marcelo da Silva Araújo Tavares (Doutor)

AGRADECIMENTOS

Foi uma caminhada difícil trabalhar com o tema do suicídio, uma vez que estar diante da morte, da desesperança e suas limitações refletiu diretamente na minha produção, em minhas metas pessoais e profissionais e na minha saúde. Foram quatro anos intensos nos quais muitas construções e desconstruções foram feitas por diversas vias, na tentativa de compreender este fenômeno sem se misturar a ele. Estar tão perto do suicídio exige muito do pesquisador, e eu pude sentir isso, o que foi minimizado pelo apoio de muitas pessoas que acreditaram - juntas, comigo - neste trabalho e na possibilidade da conclusão.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus o seu auxílio frente ao meu processo e por todo amparo na minha caminhada. Agradeço minha primeira professora, Zilá, que neste momento representa todas as professoras que me acompanharam do pré-primário até meus atuais professores, pelo carinho e por me ensinar para além das letras. Acho que me tornar professor vem destas professoras e destes professores, que conseguiram me alcançar por uma via que vai além do conhecimento tradicional. Assim como todas as auxiliares de serviços gerais, os secretários, bibliotecários e outros profissionais que auxiliaram na minha formação, pois não seria possível chegar até aqui sem a merenda, os livros organizados nas estantes e todos os inúmeros cuidados com tanto zelo durante o processo de aprendizagem.

À comunidade indígena Maxakali, que me ensinou a ser psicólogo em contexto indígena com muito carinho e cuidado, ensinando sobre a cultura e como lidar com suas crenças e valores. Agradeço também as demais comunidades indígenas pela oportunidade de falar sobre um fenômeno que violenta e é silenciado por diversos setores.

A todos os meus familiares que me ajudaram neste processo dando base e força para continuar. Em especial as minhas mães, Marcélia, Nádia e Maria Aparecida, pelo amor, companheirismo e colo durante o processo. Ao meu pai Tiago e aos meus irmãos, Rômulo, Thaianne, Vitor e Saulo, pela segurança e amparo em todos os momentos. À Sofia, por ser minha inspiração para chegar até aqui e me fazer sentir que dava para tentar mais uma vez. Ao Gabriel, por partilhou comigo a vida, segurando na minha mão para continuar mesmo quando eu já não via possibilidades.

Aos meus amigos que permaneceram e os que se foram durante este processo. À Renata, Kellyane e Ariany pela amizade e parceria desde o mestrado. À Camila Lopes, por me ajudar sempre com muita compreensão e zelo, sendo essa mãe maravilhosa e abrindo mão muitas vezes dos seus sonhos para me esperar. À Roberta, pelo reencontro e por me ouvir e dividir

comigo todos os momentos doloridos do final deste processo. À Kelly, por me sacudir e lembrar das metas que me fizeram sair da aldeia.

A todos os profissionais da saúde indígena que acreditaram e me ajudaram a chegar até a minha meta. Ao DSEI MGES, na pessoa do Rodrigo, pelo apoio e por sempre estar disposto a me auxiliar. A todas as exigências e ensinamentos do Roberto Carlos, em reconhecer desde sempre o pesquisador que eu me tornaria e apresentar esta possibilidade. À Danielle, Priscila Santuchi, Dalila e Izabel, pela amizade e por todo conhecimento partilhado no território, levo vocês para a vida toda! A Jorge e Daniel, pela parceria para além da chefia, e à Cyntia, pelo modelo de profissional em saúde, como enfermeira, que me encantou desde a seleção.

À Mariana, Priscila Ohno e Camila Peixoto, por me socorrerem e ouvirem minhas dúvidas, auxiliarem na organização das ideias e por me apoiarem frente aos desafios da escrita. Em especial à Júlia, obrigado pela paciência em dividir comigo estes seis anos sendo essa mulher incrível que você é; você me inspira a tentar a cada dia ser melhor um pesquisador melhor.

Sou grato a todas e todos alunos, colegas de trabalho e gestores da graduação na UEMG, FEAD, ALIS, FCMMG, Arnaldo, UNIFAMINAS, Faculdade do Futuro, UNIVERITAS e UNIBH, e da pós-graduação COGNITIVO, UNA, NEPSI, CAPACITAR, UNILAVRAS, que me incentivaram a continuar e entenderam os dias eufóricos e também os ruins, sempre me motivando a ser o professor que eu acredito. Aos meus estagiários e bolsistas que se inquietaram comigo com o tema do suicídio e acenderam luzes na minha caminhada.

Ao meu grande mestre Maycoln, por me conduzir, nestes seis anos, com muita paciência na busca de respostas às minhas inquietações e por entender minhas mudanças e deslumbramentos na caminhada. Gratidão por todas as oportunidades desde o encontro na aldeia e espero poder continuar aprendendo com você! À Juliana, por aceitar a parceria na coorientação junto ao desafio de pensar as questões indígenas.

Não consigo recordar de todas as ajudas, suportes e auxílios que tive durante todo este processo. Uma certeza eu tenho, não conseguiria chegar até aqui se não fosse todas estas pessoas e seus conselhos, ouvidos, lenços e abraços que recebi na caminhada. Agradeço por todos que - mesmo não citados aqui - passaram pela minha caminhada e contribuíram, acreditando que um dia eu poderia me tornar Doutor, mesmo muitas vezes não me adequando a lógica do sistema educacional e suas exigências normalizadoras. É possível aprender e educar com afeto, foi assim que cheguei aqui!

“São índio? Índio mesmo? De verdade? Nossas lideranças não derramam sangue na luta pelo território de mentira, o enfrentamento que fazemos nas ruas, BRs, Congresso Nacional não é mentira. Somos atacados violentamente com spray de pimenta, bomba de borracha, e esta luta não pode ser de mentira. Crianças, jovens, mulheres que são assassinados na beira da estrada não é de mentira. O grande índice de suicídio entre os povos indígenas não é de mentira. Sofremos racismo e não é de mentira. A invasão colonizadora no Brasil não foi mentira. Se tudo isso não é de mentira, a nossa luta também não é de mentira, por isso somos povos indígenas/originários de verdade. Assim como a nossa espiritualidade também não é de mentira.”

Célia Xakriabá (2018)

RESUMO

SOUZA, R. S. B. Suicídio em povos indígenas: caracterização epidemiológica e trajetória dos cuidados em saúde. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia: cognição e comportamento, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

O suicídio em comunidades indígenas caracteriza-se como um grave problema de saúde pública, pois o fenômeno apresenta uma multiplicidade de significados e uma multicausalidade culturalmente complexa, além de acarretar consequências vivenciadas pela comunidade com reflexo na assistência à saúde no território. O presente trabalho tem como objetivo entender o fenômeno do suicídio indígena brasileiro e descrever seu histórico de uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS. Esta tese é composta de três estudos. O primeiro é uma revisão sistemática, que tem como objetivo sumarizar as evidências de pesquisas com recorte epidemiológico populacional publicadas no cenário nacional. Foram encontrados - por meio da busca nas bases de dados PubMed, SciELO, PsycINFO e LILACS - 111 artigos, e 9 preencheram os critérios de inclusão. Uma maior taxa de mortalidade por suicídio foi observada em pessoas do sexo masculino, solteiros, com 4 a 11 anos de escolaridade, na faixa etária de 15 a 24 anos, no domicílio, tendo como principal método o enforcamento. Os estudos demonstraram a necessidade de uma parceria com as comunidades para o desenvolvimento de estratégias, atentando para sua cosmovisão e os aspectos socio-historicoculturais de cada etnia, visando promover a valorização da vida e a prevenção do suicídio. O segundo estudo buscou descrever as características dos óbitos registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) por suicídio indígena no período de 2000 a 2013, utilizando como desenho um estudo epidemiológico, de caráter descritivo, investigativo e seguindo uma abordagem quantitativa dos dados. Foram constatados 1.119 óbitos, com uma taxa de 10,52 a cada 100 mil habitantes, com taxas maiores encontradas entre os homens (2,5 vezes maior do que entre as mulheres), entre indígenas de 15 a 24 anos (27,78/100 mil hab.) e na região Centro-Oeste (34,07/100 mil hab.), com maior frequência entre solteiros, no domicílio e com o enforcamento como principal método. Este resultado demonstrou a pluralidade do fenômeno e suas características, reforçando a necessidade da realização de estudos por etnias para se conhecer e aprofundar nos fatores de risco para o suicídio em cada povo. O terceiro estudo buscou conhecer as características da população de indígenas do DSEI MG/ES que vieram a óbito por suicídio, por meio dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados no SUS. Foi conduzido um estudo

retrospectivo no período de 2008 a 2013, tendo em vista o histórico de atendimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS desde o ano 2000. Quatorze óbitos por suicídio foram registrados, com uma taxa alta (25,43/100 mil) e somente uma etnia identificada, os Xacriabá, tendo somente três indivíduos com procedimentos no SIH/SUS e somente um no SIA/SUS. Isso deixa clara a necessidade da qualificação dos profissionais de saúde e da produção de informações em saúde no contexto indígena para efetivação da PNSI, além da necessidade da realização de novos estudos que abordem outros olhares sobre o suicídio e a valorização da vida nas aldeias.

Palavras-chave: Suicídio. Povos indígenas. Saúde indígena.

ABSTRACT

SOUZA, R. S. B. Suicide in indigenous peoples: epidemiological characterization and trajectory of health care. Thesis (Doctorate), Graduate Program in Psychology: cognition and behavior, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Suicide in indigenous communities is characterized as a serious public health problem, as the phenomenon has a multiplicity of meanings and a culturally complex multi-causality, in addition to bringing consequences which are experienced by the community and will reflect on health care in the territory. The present work aims to understand the phenomenon of Brazilian indigenous suicide and to describe its history of use of SUS outpatient and hospital services. This thesis consists of three studies. The first is a systematic review, which aims to summarize the evidence from research with a population epidemiological profile published in the national scenario. 111 articles and 9 met the inclusion criteria by searching the PubMed, SciELO, PsycINFO and LILACS databases. A higher mortality rate due to suicide was identified in single, male individuals, with 4 to 11 years of schooling, aged 15 to 24 years, at home, with hanging as their main method. Studies have shown the need for a partnership with communities for the development of strategies, trying to reach their worldview and the sociohistoric-cultural aspects of each ethnic group, aiming to achieve life's valorization and suicide prevention. The second study sought to describe the characteristics of deaths registered in the Mortality Information System (SIM) due to indigenous suicide in the period from 2000 to 2013. Using a descriptive, investigative epidemiological study as a design and following a quantitative approach to the data. 1,119 deaths were identified, with a rate of 10.52 per 100 thousand inhabitants, with higher rates found among men (2.5 times higher than among women), among indigenous people aged 15 to 24 years (27.78/100 thousand inhab.) and in the Center-West region (34.07/100 thousand inhab.), more frequently among singles, at home and with hanging as the main method. This result demonstrated the plurality of the phenomenon and its characteristics, reinforcing the need to carry out studies by ethnic groups to get to know and deepen the risk factors for suicide in each people. The third study sought to know the characteristics of the indigenous population of the DSEI MG/ES who died by suicide, through hospital and outpatient procedures performed at SUS. A retrospective study was carried out from 2008 to 2013, considering the history of outpatient and hospital care in SUS since 2000. Fourteen deaths by suicide were recorded, with a high rate (25.43/100,000) and only one

identified ethnicity, the Xacriabá, with only three individuals with procedures at SIH/SUS and only one at SIA/SUS. This makes clear the need for the qualification of health professionals and the production of health information in the indigenous context for the realization of the PNSI, in addition to the need to carry out new studies that address other perspectives on suicide and the appreciation of life in the villages.

Keywords: Suicide. Indian people. Indigenous health.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	17
1.1 Proposta de Pesquisa e justificativa para o estudo	17
1.2 Índios do Brasil	18
2 INTRODUÇÃO.....	22
2.1 Suicídio	22
2.2 Suicídio e Povos Indígenas	29
2.3 Sistema Único de Saúde	32
2.4 Sistema de Saúde Indígena	34
2.5 Sistema de Informação em Saúde.....	38
2.6 Justificativa	39
3 OBJETIVO GERAL.....	43
3.1 Objetivos Específicos.....	43
4 ESTUDO 1 - SUICÍDIO E POVOS INDÍGENAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS BRASILEIROS*	44
4.1 Método.....	48
4.2 Resultados.....	50
4.3 Discussão.....	57
4.4 Considerações Finais.....	61
Referências	63
5 ESTUDO 2 - SUICÍDIO E POVOS INDÍGENAS: CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS DE 2000 A 2013 NO BRASIL	68
5.1 Método.....	74
5.1.1 Delineamento do estudo	74
5.1.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	74
5.1.3 Definição de variáveis	76
5.1.4 Análise dos Dados.....	76
5.2 Resultados.....	76
5.3 Discussão.....	83
5.4 Considerações Finais.....	91
Referências	93
6 ESTUDO 3 - SUICÍDIO E POVOS INDÍGENAS: USO DE SERVIÇOS DO SUS DE INDÍGENAS QUE VIERAM A ÓBITO POR SUICÍDIO NO DSEI MG/ES.....	99

6.1 Método.....	105
6.1.1 Amostra	105
6.1.2 Fonte de Dados.....	105
6.1.3 Procedimentos de Coleta dos Dados	106
6.1.4 Análise de Dados.....	108
6.2 Resultados.....	108
6.3 Discussão.....	116
6.4 Considerações Finais.....	122
Referências	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação e percentual de qualidade dos artigos a partir dos critérios do STROBE (<i>STrengthening the Reporting of OBservational studies</i>)	52
Tabela 2 - Frequência de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por ano e sexo, no período de 2000 a 2013, no Brasil.....	77
Tabela 3 - População estimada, frequência de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por faixa etária e sexo, no período de 2000 a 2013, no Brasil.....	78
Tabela 4 - Frequência de óbitos por suicídio segundo estado civil, escolaridade, local de ocorrência e sexo, no período de 2000 a 2013	80
Tabela 5 - Frequência de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por região e estado, no período de 2000 a 2013, no Brasil	82
Tabela 6 - Frequência de suicídios entre indígenas por método e sexo, no período de 2000 a 2013, no Brasil.....	83
Tabela 7 - Taxa anual de mortalidade por suicídio de indígenas, no período de 2008 a 2013, no estado de Minas Gerais	109
Tabela 8 - Taxa anual de mortalidade por suicídio da etnia Xacriabá, no período de 2008 a 2013, segundo dados do SIM e SIASI com base na população do Censo de 2010	110
Tabela 9 - Características dos óbitos por suicídio no SIM e no SIASI no período de 2008 a 2013 no DSEI MG/ES	111
Tabela 10 - Procedimentos registrados no SIH e no SIA de 2000 a 2013 de indígenas que vieram a óbito por suicídio no período de 2008 a 2013 no DSEI MG/ES	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - População Indígena no Brasil em 2010	19
Figura 2 - Linha de raciocínio para construção da Tese	21
Figura 3 - Saúde Indígena organizada em DSEI no território nacional	36
Figura 4 - Organização em saúde no território	37
Figura 5 - Fluxograma da seleção de estudos para a revisão sistemática	51
Figura 6 - População estimada e taxa de mortalidade por suicídio, por ano e faixa etária, no período de 2000 a 2013, no Brasil	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia de busca	49
Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	53
Quadro 3 - Fatores de risco da população indígena.....	56
Quadro 4 - Etapas da coleta de dados	107

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BPA	Boletim de Produção Ambiental
Casai	Casa de Saúde Indígena
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Código Internacional de Doenças/Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
DO	Declaração de óbito
DSEI MG/ES	Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GPES	Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMV	Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida
IWGIA	<i>International Work Group for Indigenous Affairs</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPCT	Pessoa-Processo-Contexto-Tempo
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis</i>
PubMed	<i>Public/Publisher MEDLINE</i>
PsycINFO	<i>Psychological Information Database</i>
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIASI	Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
STROBE	<i>STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology</i>
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde do SUS (Sistema Único de Saúde)
UNA-SUS/UFMA	Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal do Maranhão
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UID	Identificadores Únicos
WHO	<i>World Health Organization</i>

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Proposta de Pesquisa e justificativa para o estudo

A presente tese trata das mortes por suicídio de indígenas no Brasil no período de 2000 a 2013 e da trajetória de utilização de serviços do SUS desses indivíduos. O interesse pelo tema da presente tese surgiu da minha experiência de três anos de trabalho com a etnia Maxakali, no interior do Estado de Minas Gerais. A minha permanência com este grupo foi derivada de ações do Ministério da Saúde (MS), que, em 2011, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), contratou profissionais da área de saúde mental com o objetivo de realizar intervenções na comunidade com foco nos problemas oriundos do consumo excessivo de álcool, prevenção das violências e no desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde.

A minha imersão nas aldeias, como psicólogo, deu-se por meio de atividades variadas, tais como: rodas de conversas; trabalhos em grupo; oficinas terapêuticas; grupos operativos; atendimentos domiciliares e assistência à comunidade nas demandas identificadas em conjunto com os Maxakali. Durante a rotina de trabalho eram comuns as queixas da comunidade e da equipe em relação ao uso abusivo de álcool, às constantes violências e à falta de recursos dos profissionais para lidarem com situações que demandavam conhecimento para além da técnica científica. Nas aldeias, as lideranças e os caciques sempre apontavam a necessidade de se cuidar da cabeça para não ficar “pitui” (doido). Ao longo desse tempo imerso na comunidade, foi possível perceber que a presença de uma equipe de saúde mental aliada ao saber tradicional poderia ampliar as possibilidades de atuação e desenvolvimento de trabalhos voltados para a promoção da saúde mental.

Na tentativa de contribuir para a diminuição do uso e abuso de bebidas alcoólicas na população Maxakali, desenvolvemos, por dois anos, um projeto de pesquisa em nível de mestrado com indígenas dos polos-base Água Boa e Padrinho. O primeiro pertencente ao município de Santa Helena de Minas, e o segundo ao município de Bertópolis, ambos no estado de Minas Gerais. À época, foi realizada uma revisão sistemática dos instrumentos que avaliam o uso abusivo de álcool em comunidades indígenas no cenário mundial (Souza, Oliveira, Araujo, & Teodoro, 2018) e, com o objetivo de instrumentalizar a prática, foi desenvolvido também, pelos mesmos autores, um instrumento para a avaliação do uso de álcool em populações indígenas (Souza et al., 2018). Esta demanda de pesquisa veio da dificuldade, enquanto profissional de saúde mental, de mensurar este fenômeno e por termos vivenciado os problemas gerados por ele na comunidade. Para a realização daquele trabalho, foi necessária a

imersão na comunidade para se compreender melhor as formas de consumo, a percepção dos indígenas sobre a bebida e as possibilidades de avaliação do uso e abuso, assim como a compreensão da representação da cultura Maxakali sobre as bebidas de alto teor alcoólico e seus prejuízos para a comunidade (Souza, Oliveira, & Teodoro, 2018).

No doutorado surgiu a possibilidade de aprofundamento na temática “Psicologia e Povos Indígenas”, tendo como base a revisão sistemática realizada no mestrado (Souza et al., 2018). Nesse trabalho os autores apontaram problemas relacionados à saúde mental, tendo como um dos principais desafios o uso abusivo de álcool e as violências vivenciadas, entre elas o suicídio. “Yây putup” é a expressão utilizada na língua Maxakali para dizer que um indígena tirou sua vida.

Em função do forte interesse, identificação e sensibilidade para com a causa indígena, decidi continuar o trabalho com esta população. Tal interesse foi reforçado pelo contato mais aprofundado com a literatura sobre o tema, que aponta a dimensão real do problema do suicídio e a necessidade de mais estudos para a intervenção em saúde. Tendo em vista a carência de informações sobre o tema para a prática dos profissionais de saúde, em especial os psicólogos, e a necessidade de mais estudos nacionais com foco na compreensão, caracterização, intervenção e prevenção do suicídio em comunidades indígenas é que nasceu a proposta desta pesquisa. Mostra-se necessário um aprofundamento sobre a diversidade étnica dos povos indígenas brasileiros, respeitando sua cosmologia, diversidade cultural e religiosa assim como a importante parceria da ciência psicológica com seu olhar diferenciado, humanizado e singular para a pluralidade do indígena brasileiro e seus agravos em saúde.

1.2 Índios do Brasil

No Brasil, a denominação indígena é baseada no Estatuto do Índio, instituído pela Lei nº 6.001 (1973), que, em seu parágrafo 3º, define índio como “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional” (*Lei nº 6.001, 1973, p.1*). Para realizar o reconhecimento étnico, é preciso que este indivíduo autodeclare sua identidade indígena e que faça parte de um grupo que, por sua vez, reconheça seu pertencimento (Villares & Silva, 2008).

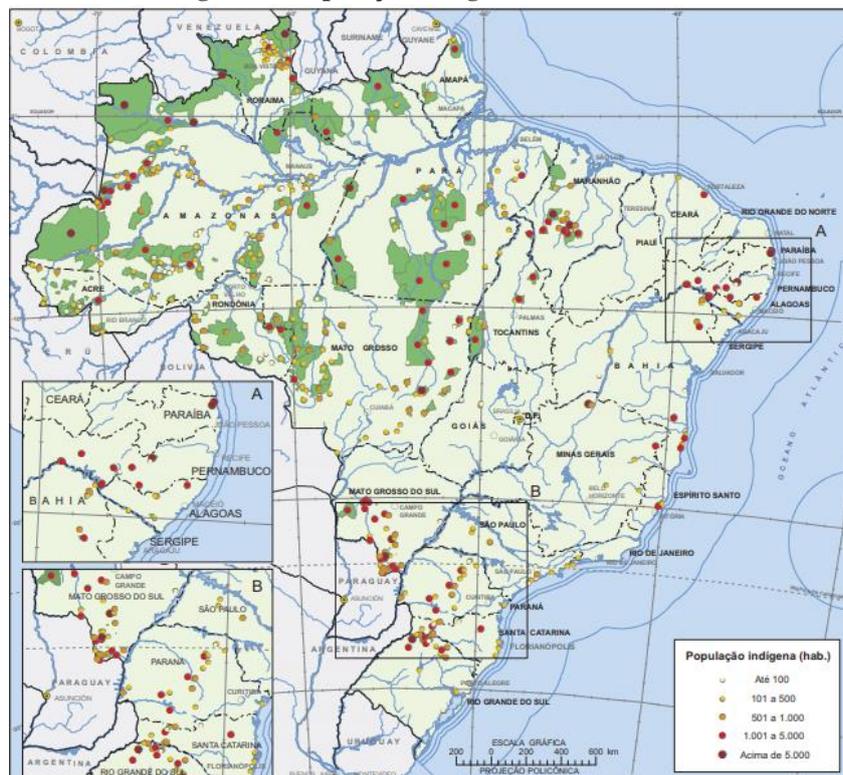
Do ponto de vista demográfico, a autodeclaração do indivíduo que se considera indígena é um processo complexo, por necessitar de um olhar diferenciado em função de uma série de fatores. Um deles consiste na captação das informações sobre a identidade indígena, no qual

membros de uma dada etnia podem ter receio de manifestar sua identidade, seja por preconceito e discriminação, ou mesmo negar o pertencimento étnico devido às experiências históricas vividas (Pereira, Santos, & Azevedo, 2005).

De acordo com os resultados do *Censo Demográfico de 2010*, censo mais atualizado até janeiro de 2020, a população brasileira soma 190.755.799 pessoas, sendo 817.963 indígenas — o que representa 0,4% da população total do Brasil. São 305 diferentes etnias com 274 línguas indígenas registradas, sendo que cerca de 17,5% da população indígena não falam a língua portuguesa (IBGE, 2010) (Figura 1).

Ainda segundo os referidos dados do IBGE, os Povos Indígenas estão presentes nas cinco regiões do Brasil tanto em aldeias quanto em áreas urbanas. A região que mais concentra esta população é a Norte, com aproximadamente 37,4% de indivíduos que se autodeclaram indígenas.

Figura 1 - População Indígena no Brasil em 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

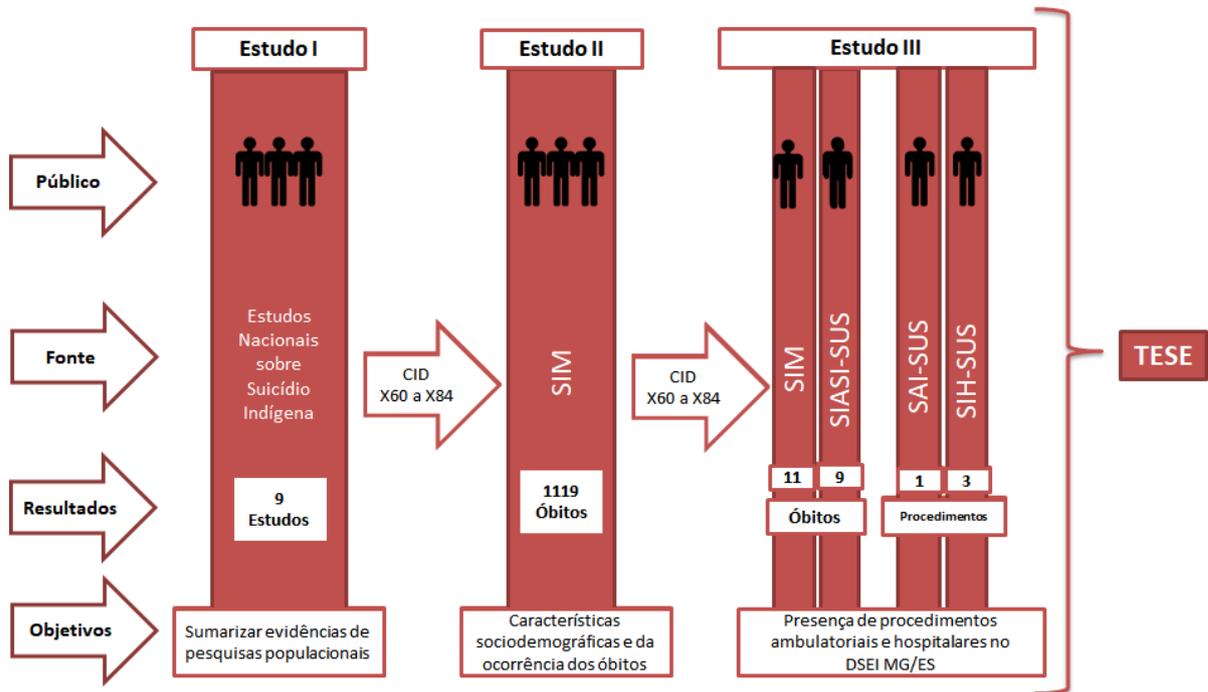
Buscando alcançar o maior número de povos indígenas no território brasileiro, foi empreendida uma alteração na forma de coleta de informações do Censo de 2010. Por meio de uma mudança no método de entrevista realizada pelo IBGE, foi incluída no levantamento, após a resposta negativa do indígena sobre sua autodeclaração no item raça/cor, a pergunta “você se

considera indígena?”. Esta medida foi necessária, pois no censo anterior foi percebido que, quando se perguntava a raça/cor, alguns indígenas não compreendiam e se declaravam pertencentes a qualquer categoria apresentada (IBGE, 2010). Tal mudança, inicialmente visando identificar todos os indígenas, também apresenta problemas, já que se mostram diferentes os números de indivíduos que se declaram indígenas em relação àqueles que se consideram indígenas.

As populações indígenas brasileiras vêm enfrentando dificuldades como violência sexual, exploração e invasões dos seus territórios, desrespeito, imposição cultural e também agravos em saúde, como o uso de álcool e outras drogas (Paiva, 2016). Para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa, 2002), em algumas regiões do Brasil, quando há aproximação dos indígenas com a população do entorno das aldeias, percebe-se o surgimento de alguns problemas relacionados à saúde física, como: hipertensão e diabetes, à medida que os hábitos e a alimentação mudam, e também problemas de ordem psicológica, como o alcoolismo, a depressão e a ocorrência de suicídios.

Com base nesse cenário, desenvolveu-se esta tese, que é composta de três estudos. O primeiro tem como objetivo sumarizar as pesquisas publicadas que descrevem a frequência, a natureza e os fatores que contribuem para o suicídio dos povos indígenas no Brasil. Os outros dois estudos foram desenvolvidos por meio de pesquisa empírica realizada com base nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. O objetivo do segundo estudo é descrever as características dos óbitos por suicídio de 2010 a 2013 cujos casos foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) com o Código Internacional de Doenças (CID, 1996), de X 60.0 a X 84.9, segundo características sociodemográficas (raça/cor, etnia, sexo, escolaridade, faixa etária, município de residência e de ocorrência), da ocorrência (causa básica, tipo, local de ocorrência e método), e segundo sexo e faixa etária. O terceiro e último estudo teve por objetivo analisar as características de uma amostra de indígenas que vieram a óbito por suicídio segundo o DSEI MG/ES, no período de 2008 a 2013, segundo os registros de procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados no SUS desde o ano 2000 (Figura 2).

Figura 2 - Linha de raciocínio para construção da Tese



Fonte: Elaboração própria.

Tendo em vista a necessidade de estudos que descrevam o suicídio indígena no cenário nacional e a carência de pesquisas na área, o presente trabalho, por meio de três estudos, visa descrever o cenário do suicídio indígena brasileiro e o uso de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS por esta população. Com essa tese espera-se dar visibilidade a este problema de saúde pública e ao uso destes usuários do SUS antes de vir a óbito, na tentativa de compreender as especificidades destas populações, com a finalidade de estimular a criação de estratégias para a prevenção do suicídio e a valorização da vida nas aldeias.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Suicídio

Ao longo da história, a concepção do suicídio sofreu modificações quanto à compreensão conceitual e também quanto às formas de se lidar com o fenômeno. Até o século XVII, o fenômeno foi tratado principalmente por um viés filosófico, moral e religioso; já no século XIX, o foco passou a ser entendê-lo do ponto de vista psiquiátrico, sociológico, psicológico e biológico (Corrêa & Perez, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o suicídio como “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que se acredita ser letal” (WHO, 2014, p. 17).

Este conceito precisa de uma leitura fenomenológica, pois o comportamento suicida diz respeito a quatro subgrupos diferentes, segundo Bertolote (2012): a ideação; o plano; a tentativa e o ato suicida. As ideações suicidas são pensamentos e ideias relacionadas a morrer e à morte que podem se tornar mais concretas e assumir maior consistência e frequência, podendo evoluir para o plano suicida. Tal plano consiste em concretizar esse pensamento ou o método para alcançá-lo e, com isso, realizar a tentativa de suicídio, que seria o ato de atentar contra a própria vida. Considerando que esse ato pode ter como desfecho a morte ou não desse indivíduo (Bertolote, 2012), o primeiro configura-se como suicídio, propriamente dito, e o segundo como tentativa de suicídio.

Para Ores et al. (2012), o paciente com comportamento suicida consegue, às vezes, dimensionar o impacto que pode causar sua morte, mas é importante perceber que, além disso, ele toma esta decisão em razão de uma dor vista por ele como insuportável. Já para Botega, Cais e Rapeli (2012), independente do grau da letalidade ou da consciência do verdadeiro motivo, o suicídio precisa ser entendido como um ato que o indivíduo fere a si mesmo. Há um consenso sobre a definição do que representa o conceito de suicídio na literatura, mas há uma divergência quanto à ausência ou presença de intencionalidade do indivíduo que tira a própria vida (Corrêa & Perez, 2006).

Alguns modelos são propostos para buscar compreender por que as pessoas morrem por suicídio. A OMS (1998) propõe o modelo de base ecológica para o comportamento suicida, segundo o qual o processo sempre ocorre em um ambiente com elementos culturais (crenças, normas, relações sociais, interdições etc.) e físicos (métodos empregados no suicídio e facilidade/dificuldade de acesso a eles), que determinam amplamente como o comportamento

suicida acontece e seus desfechos, fatais ou não fatais, entendendo que o suicídio é multifacetado, pois é a resultante da complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais, sociológicos e ambientais (OMS, 2006).

Outro modelo contemporâneo utilizado para tentar ler o comportamento suicida é o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV), que trata do processo desde a ideação até a ação. O IMV compreende o suicídio como um comportamento precedido de ideação e intencionalidade e, fundamentalmente, procura explicar a transição da ideação suicida para a ativação comportamental. O IMV foi desenvolvido a partir do reconhecimento de que o suicídio é caracterizado por uma complexa interação biológica, psicológica, ambiental e cultural (O'Connor & Kirtley, 2018).

Os dois modelos — de base ecológica (OMS, 1998) e IMV (O'Connor & Kirtley, 2018) — possibilitam uma visão ampla dos comportamentos suicidas, integrando os fatores internos e externos que podem afetar de forma direta ou indireta o indivíduo, ou seja, resultam no ato ou na tentativa de suicídio. Nota-se uma aproximação destes modelos com a visão de desenvolvimento humano postulada por Bronfenbrenner, que considera todo o sistema bioecológico que envolve o indivíduo ao longo da vida, contribuindo com uma visão mais ampla e inclusiva sobre seu desenvolvimento, e considerando as diferentes forças atuantes no seu processo de formação (Benetti, Vieira, Crepaldi, & Schneider, 2013).

A maneira mais eficaz de compreender o desenvolvimento humano, de acordo com Bronfenbrenner (1996), é observar o indivíduo nos variados contextos e ambientes nos quais está inserido e se desenvolve. Em acordo com essa linha de pensamento, a proposta do Ministério da Saúde (2017) é a de que as intervenções para prevenção do suicídio sejam construídas em conjunto com as comunidades, em especial com as lideranças comunitárias e espirituais, buscando elaborar estratégias condizentes com a realidade e respeitando a diversidade das etnias nacionais.

Como uma teoria contextualista, a teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner argumenta que é sobre a interrelação entre processo, pessoa, contexto e tempo (Modelo PPCT) que se dá o comportamento, as estabilidades e as mudanças biopsicológicas ao longo da vida, entendidas como características constitutivas do processo de desenvolvimento. De forma geral, o modelo descreve quatro aspectos: 1) do processo, definido como as interações mútuas ente o organismo e o contexto, presente em atividades e comportamentos diários; 2) da pessoa, em termos genéticos e biológicos, mas também pessoais, que abarcam diferenças individuais denominadas Demandas, Recursos e Disposições; 3) do contexto, externo, classificados em quatro, Microsistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema, do mais

proximal ao mais distal; 4) e do tempo, ou cronossistema, que vai influenciar os demais aspectos e determinar o grau de mudança ou estabilidade dos sistemas, ao longo de um curso de vida ou até de gerações (Collodel, Vieira, Crepaldi, & Schneider, 2013).

O Processo se traduz em interações recíprocas e gradualmente mais complexas que o indivíduo em desenvolvimento vai estabelecer com os símbolos, objetos e pessoas de seu ambiente, e que podem tomar a forma dos processos proximais, necessariamente relacionados ao ambiente imediato e a atividades recorrentes, duradouras e crescentes em complexidade, em que há engajamento e reciprocidade, também entendida como alto nível de estimulação para objetos e símbolos (Cecconello & Koller, 2003).

O Contexto, físico, social e cultural, que é produzido e produz o indivíduo em relações multidirecionais, foi teoricamente organizado em níveis: o Microssistema é onde se dão as interações diretas entre indivíduos, como a escola, a casa, e é também por onde as influências dos outros níveis irão alcançá-los; o Mesossistema consiste no elo entre os microssistemas, o espaço de que o indivíduo faz parte, onde vão se dar encontros, vínculos e esforços entre, por exemplo, professores e família; o Exossistema é aquele ambiente de que o indivíduo não faz parte, mas pelo qual está indiretamente influenciado, através de suas relações; e o Macrossistema compõe os padrões globais de todos os outros sistemas, abarcando portanto a cultura e as normas sociais e morais vigentes, bem como os sistemas sociopolíticos e econômicos (Collodel et al., 2013).

Nesse sentido, ao abordarmos políticas de saúde que tratam de adoecimento psíquico e comportamento suicida em comunidades indígenas, seria insuficiente ou incoerente visar intervenções que tratem apenas do indivíduo ou de comunidades específicas, como se a questão estivesse encerrada ou limitada a um espaço, a um período curto de tempo, ou relacionada apenas às relações que se dão naqueles processos proximais ou naqueles indivíduos em específico. Comunidades indígenas estão sob efeito de processos distais e contextos distais, que têm como possíveis consequências a diminuição ou invasão de suas terras, o seu aprisionamento em um só espaço e o preconceito e discriminação, traduzidos em restrição de interações — processos proximais, considerados motores do desenvolvimento, e que são produto de uma cultura e de processos demorados, bem como de sistemas sociais, políticos e econômicos vigentes. O empobrecimento e a restrição dos contextos e das interações que estão disponíveis e são autorizados às comunidades indígenas cerceiam e determinam o próprio desenvolvimento biopsicológico desses indivíduos ao longo de suas vidas e por gerações e, por isso, estão necessariamente relacionados com sua saúde mental e com a qualidade de seus recursos para enfrentar esses desafios.

Considerando ainda mais pormenorizadamente aquilo que na teoria de Bronfenbrenner é o mecanismo determinante do desenvolvimento humano, os processos proximais, é possível compreender como as relações, interações e atividades — ou a privação delas — podem refletir-se no desenvolvimento biopsicológico de indígenas. Os processos proximais têm impactos diretos no desenvolvimento, que podem ser classificados como positivos ou negativos, sendo positivos aqueles que produzem competências que podem se traduzir no aprendizado ou incremento de habilidades sociais, emocionais, cognitivas ou físicas, bem como de autocontrole e autorregulação (Leme, Del Prette, Koller, & Del Prette, 2015). Desta forma, não só a privação como também a frequente presença de interações contraproducentes e violentas de indígenas com os símbolos, objetos e indivíduos da sociedade que os cerca representariam processos proximais negativos que vão de encontro ao seu desenvolvimento e à sua saúde.

Retomando o Modelo PPCT, os processos proximais — e por consequência o desenvolvimento como um todo — têm seus sucessos atrelados a características biopsicológicas também da Pessoa: demandas, recursos e disposições/força. Vale salientar aqui especialmente o papel dos recursos, que se tratam das características biopsicológicas passivas ou ativas que influenciam na efetividade dos processos proximais e compreendem tanto o repertório de competências e conhecimentos quanto a presença ou ausência de enfermidades e deficiências (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Assim, colocando em primeiro plano o desenvolvimento humano dos povos indígenas, é indispensável considerar como os baixos índices de saúde, a frequência de infecções, alcoolismo, má nutrição e cuidados pré e perinatais estorvam a própria capacidade de processos proximais ótimos e positivos, considerados os “principais motores do desenvolvimento”, (Bronfenbrenner & Morris, 1998, p. 994), criando uma obstrução de dano cumulativo e extenso.

Diniz e Koller (2010) propõem, ainda, uma investigação do afeto como elemento de importância no desenvolvimento humano, localizando-o e descrevendo-o dentro dos sistemas e conceitos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. De acordo com as autoras, o estabelecimento de relações e de vínculos parte do afeto, que, portanto, teria um papel-chave no desenvolvimento ecológico, por ser considerado imprescindível à efetividade dos processos proximais e um componente importante na superação da mudança ao longo do ciclo da vida.

À luz da teoria desenvolvida por Bronfenbrenner, é possível compreender e identificar também fatores de risco e de proteção ao processo de desenvolvimento (Poletto & Koller, 2002), dentre os quais é citada como protetiva a presença de uma rede de apoio social e afetiva, frequentemente representada pelo contexto de escola, trabalho e serviços de saúde. Nesse estudo, as autoras referem-se principalmente ao desenvolvimento infantil em situações de risco,

mas suas discussões sobre coesão ecológica, sobre o papel da rede de apoio social e os efeitos da privação social merecem destaque. No trabalho, aponta-se a coesão ecológica como o contraponto feito, a partir de relações positivas, a uma condição considerada de risco ou de privação.

Destaca-se também como a rede criada torna-se um fator protetivo e uma estratégia de resiliência e enfrentamento, especialmente porque: “uma rede pode também ser composta por pessoas que já morreram, que nunca existiram ou que nunca foram vistas, mas que são percebidas como participantes e que oferecem, de alguma forma, apoio social e afetivo” (Poletto & Koller, 2002, p. 414). Considerando-se essas características da rede, é possível fazer um paralelo com a condição das comunidades indígenas altamente coesas e orientadas à preservação de seus costumes e tradições, como forma de preservar sua rede de apoio, seus laços espirituais, suas tradições em suas próprias cosmogonias, fortalecendo-os ante a discriminação e o isolamento constantes dos demais contextos distais que asfixiam o seu desenvolvimento.

A adoção do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano como aporte teórico-metodológico para pesquisas no contexto das ciências humanas, da saúde e interseções deu origem à chamada Inserção Ecológica, que alberga os quatro conceitos-chave do Modelo de Bronfenbrenner: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo. Esse modelo propõe-se a dar conta da relação organismo-ambiente sobre a qual se constitui o desenvolvimento, sem minimizar a participação nem do indivíduo nem do contexto (Prati, Couto, Moura, Poletto, & Koller, 2008). Nesse sentido, ele permite a operacionalização de pesquisas sobre o “desenvolvimento no contexto”, experimentais ou não, que incluem todos os quatro núcleos interrelacionados do desenvolvimento, sem perder sua qualidade científica (Cecconello & Koller, 2003). Seria legítimo propor também, portanto, políticas públicas e projetos sociais ou em saúde que também abarcassem Processo, Pessoa, Contexto e Tempo, e que considerassem que as interações e relações são bidirecionais (Cecconello & Koller, 2003) entre as comunidades-alvo e aqueles que buscam promover, em última instância, o desenvolvimento humano naquele contexto.

Além da compreensão do modelo teórico sobre o suicídio, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) chama atenção para os principais fatores de risco: transtornos psiquiátricos; caso de suicídio na família; abuso físico ou sexual na infância; isolamento social; perda de cuidadores na infância e perda de emprego na vida adulta. Pensar em uma pessoa em crise diante do comportamento suicida requer um olhar mais atento para seu estado emocional e cognitivo. Este indivíduo pode estar vivenciando angústia, desamparo, incapacidade e

esgotamento que podem ultrapassar a sua capacidade de adaptação e reação a uma dor psíquica intolerável, vendo a cessação da vida como a única solução (Botega, 2015).

Pessoas de diferentes regiões, poder aquisitivo, faixas etárias e orientações sexuais podem ser afetados pelo suicídio. De acordo com registros da OMS (WHO, 2014), o suicídio ocorre em todas as regiões do mundo e provoca diversos impactos sociais, emocionais e econômicos, sendo considerado um fenômeno complexo. Pensando no indivíduo que se mata, estima-se que para cada óbito consumado tem-se pelo menos 20 indivíduos que atentam contra a própria vida e que pelo menos seis pessoas sejam diretamente afetadas por cada morte por suicídio, podendo variar dependendo da região e cultura na qual o indivíduo esteja inserido (WHO, 2014). Os dados demonstram, segundo Gonçalves, Gonçalves e Oliveira (2011), que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas que necessitam da atenção dos profissionais da saúde, e a cada tentativa de suicídio registrada existem quatro não conhecidas.

A OMS (2018) evidenciou a gravidade do problema informando que, a cada 40 segundos, uma pessoa morre por suicídio no mundo, chegando a mais de 800 mil por ano. A taxa mais elevada refere-se à Região Europeia, sendo 15,4 para cada 100 mil habitantes. Os homens são 75% mais propensos do que as mulheres a cometerem suicídio (WHO, 2018). Os coeficientes de mortalidade variam desde mais de 35 por 100 mil por ano em países como: a Lituânia, a Estônia e a Rússia, até menos de 10 por 100 mil em Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Reino Unido, bem como na maioria dos países latino-americanos. Com o maior coeficiente de suicídios observado nos países do Leste Europeu, em termos absolutos, o maior número de casos ocorre na Ásia (OMS, 2003). Diante deste cenário, foi elaborado o Plano de Ação para a Saúde Mental (2013-2020), pelo qual todos os Estados Membros da OMS se comprometeram a trabalhar para a meta global de reduzir a taxa de suicídio nos países em 10% até 2020 (WHO, 2013).

Kudo et al. (2010) desenvolveram um estudo no Japão, no período de 1º de abril de 2002 a 31 de março de 2008, com 1.348 indivíduos que procuraram o serviço de emergência psiquiátrica de um hospital após tentativa de suicídio. O objetivo do estudo foi identificar as características e as necessidades potenciais dos indivíduos, que foram divididos em três grupos distintos: (1) de pessoas hospitalizadas em enfermaria psiquiátrica; (2) de pessoas hospitalizadas nos centros de cuidado intensivo e (3) não hospitalizadas (grupo NH). Constatou-se, no atendimento aos pacientes que tentaram suicídio, a gravidade das condições físicas, os fatores de risco, e a avaliação médica da emergência, que foram muito importantes para a prevenção e qualidade da assistência hospitalar fornecida (Kudo et al., 2010).

Vale destacar que os registros de óbitos por suicídio diferem de país para país, pois cada um adota o seu sistema de informação em saúde, o que pode interferir no modo de produção da informação, assim como as diferenças entre regulamentos e legislação vigente, a ação inicial em face do suicídio e as possíveis classificações erradas (OMS, 2014). A subnotificação decorrente de campos não alimentados ou alimentados de forma parcial é uma variável importante a ser considerada, pois pode resultar na construção de banco de dados frágeis que requerem uma análise cautelosa (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009). Os referidos autores e a Associação Brasileira de Psiquiatria ressaltam que a preocupação com a qualidade dos dados de mortalidade por suicídio não é uma questão específica do Brasil e este tema tem sido debatido em grupos de trabalho e reuniões junto com a OMS, com o objetivo de melhorar a qualidade destes dados, que servem como importantes indicadores para a tomada de decisões em saúde.

Entre os países que registram os maiores números absolutos de suicídios, o Brasil ocupa a oitava posição. Na América Latina o país está na quarta posição, em crescimento por quantidade de mortes por autoextermínio (WHO, 2014). Em 2011, houve em média 27 mortes por dia, o que representa 9.852 suicídios oficialmente registrados no país (Brasil, 2013). No Mapa da Violência de 2014, Waiselfisz (2014) observa que o número de suicídios no Brasil teve um aumento de 33,6% entre os anos de 2002 e 2012, passando de 7.726 para 10.321 casos. Quando comparados com causas de óbito como homicídios e mortalidade por acidentes de transporte, nos últimos dez anos, os casos de suicídio foram os de maior crescimento (Waiselfisz, 2014).

Segundo relatório da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) relativo ao período de 2002 a 2012, o número de óbitos por suicídio cresceu 33,6% na população geral. Especificamente na população jovem (15 a 29 anos), o aumento nesse mesmo período foi de 15,3%. Ainda segundo os mesmos dados, entre os jovens, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7/100 mil em 2015, foram registrados entre 2011 e 2015, 55.649 óbitos por suicídio no Brasil (MS, 2017).

Em termos geográficos, o relatório do MS (2017) demonstra que, no período de 2011 a 2015, os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e do Mato Grosso do Sul apresentaram as maiores taxas de óbito por suicídio. Já alguns estudos, como os de Batista, Araújo, e Figueiredo (2016); Pinto, Meira, Ribeiro, Nery, e Casotti (2017), englobam a distribuição deste comportamento por todo o território nacional a partir de dados estratificados por região. De acordo com os referidos dados, em ambos os sexos houve aumento do risco de suicídio, sendo que as maiores taxas observadas encontram-se na faixa etária de mais de 70 anos, em pessoas

com até três anos de estudo e na população indígena. Quanto ao método, o enforcamento, a intoxicação exógena e as armas de fogo foram, respectivamente, os meios mais utilizados para cometer suicídio no território nacional (MS, 2017).

A tentativa de suicídio é um forte fator de risco para a reincidência ou a consumação do ato em adultos. Conforme Mello-Santos, Wang e Betolote (2005), entre os pacientes atendidos no ambulatório por tentativa de suicídio, pode-se perceber que de 30% a 60% fizeram tentativas prévias e que de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. Harris e Barraclough (1997), por meio de uma meta-análise, estimam que indivíduos que tentaram suicídio foram 38 a 40 vezes mais propensos a cometê-lo do que aqueles que não tinham tentado.

Grupos vulneráveis estão propensos a terem comportamentos suicidas. São exemplos de grupos de pessoas vulneráveis: refugiados; comunidade LGBTQ e a população indígena. Segundo Paiva (2016), as comunidades indígenas passam por uma complexa transformação social, sendo obrigadas a buscarem novas respostas para a sua sobrevivência física e cultural, o que tem impacto direto na sua qualidade de vida e na das próximas gerações. Reforçando esta tendência, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) relata que as taxas de suicídio em grupos que sofrem discriminação, geralmente minorias, são altas. Entre estes grupos temos os povos tradicionais brasileiros, que, frente a este fenômeno, segundo Victal, Aguiar, Júnior e Júnior (2019), apresentam um quadro preocupante quantos aos números, mas também associado a outros fatores de risco, como transtornos mentais graves, falta de emprego, exclusão social, além de uma significativa falta de assistência social, médica e educacional.

2.2 Suicídio e Povos Indígenas

No Brasil, segundo o MS (2017), a população indígena apresenta altas taxas de suicídio — fenômeno análogo ao de outros países. No mundo, o suicídio nas populações indígenas tem figurado como um problema de saúde desafiador. Foram relatadas altas taxas deste comportamento em populações nativas do Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros (Oliveira & Lotufo Neto, 2003), Canadá (Kirmayer et al., 2007), Noruega (Silviken, 2009), Estados Unidos (Mullany et al., 2009), América do Norte (Malchy et al., 1997; Mullany et al., 2010), Oceania (Silburn, Glaskin, Henry, & Drew, 2010), Austrália (Kuipers, Appleton, & Pridmore, 2012) e Rússia (Sumarokov, Brenn, Kudryavtsev, & Nilssen, 2014).

No cenário brasileiro, segundo Victal, Aguiar, Júnior e Júnior (2019), o coeficiente de mortalidade por suicídio entre os povos indígenas foi de 10,50 por 100 mil habitantes, o que

representa o dobro da taxa de suicídio da população geral do Brasil no período estudado (de 2005 a 2014). Por meio de um estudo epidemiológico do tipo transversal das frequências de suicídio por etnias (brancos, pardos, negros, indígenas e amarelos) em todo cenário nacional, a pesquisa conclui que, a partir dos dados dos dois anos estudados, houve uma forte associação entre ser indígena e cometer suicídio. Segundo o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) do SUS, há nesses povos uma incidência quatro vezes maior do que na população brasileira em geral de atentar contra a própria vida (MS, 2017).

Segundo os dados do *Mapa da Violência* (2014), os suicídios indígenas representaram, no período de 2008 a 2012, 1,00% dos óbitos registrados no território nacional. Essa quantidade é duas vezes e meia maior do que a participação demográfica desta população, que, segundo o *Censo Demográfico de 2010*, é de 0,4% da população nacional. Dos 475 suicídios registrados nesse período entre a população indígena no SIM, 289 se concentram na faixa etária entre 15 e 29 anos de idade — o que representa 60,9% dos óbitos registrados na população jovem (Waiselfisz, 2014). Estratificando por região, o Amazonas e sul do Mato Grosso do Sul, nota-se que há uma incidência dez vezes maior que a registrada na média nacional na população não indígena (MS, 2017). No mesmo estudo, realizado no período de 2011 a 2015, o MS mostra que as tentativas de suicídio registradas entre os indígenas compreendiam 577 casos no sexo masculino e 555 em relação ao sexo feminino. Apesar disso, percebe-se uma semelhança de distribuição entre homens e mulheres quando se considera a categoria raça (branca, negra, preta mais parda, amarela e indígena), dado inesperado em se tratando de brancos: os indígenas não apresentam uma taxa superior aos demais grupos nessa categoria. Já os óbitos ocorridos entre os indígenas jovens e jovens-adultos (10 a 19 anos) representam 44,8% dos suicídios cometidos nesta população, o que configura um valor oito vezes maior quando comparado aos grupos brancos e negros (5,70% cada) nessa mesma faixa etária (MS, 2017).

O suicídio, quando se trata de populações indígenas, precisa ser considerado tendo em vista diversos determinantes sociais, culturais, epidemiológicos e etiológicos que podem alterar bruscamente a compreensão do fenômeno (Brasil, 2015). Nos contextos tradicionais indígenas também é preciso cuidado para se pensar nas definições de suicídio, pois esse fenômeno é carregado de significados culturais, religiosos e sociais que variam por etnia e, muitas vezes, diferem da definição da OMS, que prioriza a intencionalidade no ato. Em face da definição de suicídio postulada pela OMS (2000), Souza (2016) problematiza esta concepção, destacando a visão biomédica empregada nos cuidados em saúde, reforçando a necessidade de um olhar ampliado quando se fala de grupos étnicos. A ideia de estabelecer somente uma via de

explicação para o suicídio indígena aprisiona e limita a diversidade étnica que se tem no território nacional (Bom Meihy, 1994).

Para compreender este fenômeno, é preciso um olhar antropológico aliado à dimensão biopsicossocial presente no comportamento suicida. Para Souza e Ferreira (2014), é limitante e pouco eficaz no contexto indígena trabalhar com o conceito biomédico da OMS sobre o suicídio, que o entende como um ato intencional em que o indivíduo atenta contra a própria vida, tendo como objetivo final a morte. Trazer esta definição para o contexto indígena é um desafio, segundo Souza (2016), pois, diferente do olhar biomédico individualizante sobre o ato suicida, as sociedades indígenas entendem este sujeito inscrito em um contexto de relações de parentesco, que é constitutivo de sua identidade, trabalhando sempre em uma lógica coletiva e não individual. O profissional de saúde precisa pensar em novos fatores como “feitiço” e encantamento xamânico, que são representados em algumas etnias como fruto da agência de terceiros, e não do próprio indivíduo — o que dificulta a notificação em alguns casos e a assistência quando não se sabe a real causa do óbito (Souza, 2016).

Esse fenômeno não pode ser reduzido apenas a uma questão psiquiátrica ou de saúde mental. Souza (2016) é categórico ao afirmar a necessidade de se considerar os universos simbólicos dessas populações, que são definidos por sua cosmovisão. Franco (2014) salienta que o cuidado em saúde mental nessas comunidades pressupõe a compreensão e o respeito à sua cultura e à sua religiosidade, que devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde. Isso vai ao encontro da proposta do modelo de Bronfenbrenner (Prati et al., 2008), que preza pela relação do sujeito com seu ambiente, sem minimizar a participação de ambos no processo de desenvolvimento, o que reforça a necessidade de um olhar amplo sobre o comportamento suicida no contexto indígena.

A área técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais do MS estabeleceu, em 2015, uma organização dos fatores de risco ou fatores propiciadores da consumação do ato suicida nesta população. Estes fatores são a impossibilidade de recuo na terra ou da sua movimentação no território, tendo em vista sua limitação em uma característica própria das comunidades seminômades; os contextos de violência sexual vivenciados pelas meninas e confrontos por demarcação de terras; pobreza; falta de acesso a serviços e oportunidades de trabalhos; e terra enfraquecida — o que tem ligação direta com o enfraquecimento da sociedade indígena por sua ligação com o território; a presença de conflitos geracionais e familiares devido à falta de repasse dos valores culturais e sua manutenção; a transição para a vida adulta por meio de rituais, que muitas vezes são inviabilizados pelo desconhecimento pelas novas gerações, e a

proximidade das terras indígenas com a sociedade envolvente (Departamento de Atenção à Saúde Indígena [DASI] Brasil, 2015).

De acordo com o documento formulado pela Sesai (2017) — Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas 2017-2018 —, no trabalho com as comunidades quanto à morte por suicídio, é preciso considerar a visão de cada sujeito, buscando perceber a leitura da comunidade com base na religião e cultura, captando, assim, a cosmovisão daquela etnia sobre o morrer. Outra necessidade é relativa à compreensão da forma como cada indivíduo lida com os fatores de risco no seu cotidiano, se atentando para suas emoções e pensamentos. Os indígenas jovens precisam de um olhar diferenciado, uma vez que possuem um repertório reduzido para lidar com alguns estressores internos e externos.

Os indígenas vivenciam suas emoções de forma coletiva, gerando uma percepção mais social do que individual, o que difere de forma significativa da forma de compreensão do sentir dos não indígenas (SESAI, 2017). As representações que envolvem o sentido só podem ser percebidas de maneira particular a cada etnia. No contexto de minorias, é preciso considerar o suicídio como um fenômeno complexo, influenciado por vários fatores. Por isso, não se deve realizar generalizações quando se fala em fatores de risco (Souza, 2016), pois, para cada cultura, etnia e contexto é preciso realizar uma investigação do impacto que cada fator exerce ou exerceu sobre aquele sujeito no tocante ao comportamento suicida.

Para alcançar a compreensão do suicídio, estratégias em saúde precisam ser adotadas com o objetivo de prevenir e promover o bem viver das comunidades indígenas no território nacional. Considerar a saúde em contextos tradicionais diante desse grave problema de saúde pública exige uma configuração específica do sistema de saúde para que assim ele possa fornecer a acesso à população e possibilitar uma melhor qualidade na assistência e nas várias possibilidades de se promover saúde no território. Isso se apresenta como um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois exige uma reformulação e reconfiguração da assistência para contemplar as especificidades das comunidades indígenas.

2.3 Sistema Único de Saúde

O suicídio gera impactos no sistema de saúde, que não contabiliza apenas as mortes provocadas por essa violência mas também os danos, as lesões e os traumas relacionados (Botega, 2015). Os registros dos casos de suicídio são realizados nos sistemas de informação em saúde do SUS, que constitui o sistema de saúde oficial brasileiro. O SUS foi instituído pela

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, garantindo a toda a população o direito à saúde.

O texto constitucional, em seu artigo 196, determina que o direito à saúde seja “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*). Tal garantia pressupõe como responsabilidade do Estado a execução de medidas que visem à promoção da saúde, sem que haja prejuízos nos serviços assistenciais, para efetivar esse direito de forma descentralizada em cada esfera do governo e garantindo sempre a participação da comunidade.

A construção do SUS, como destaca Aguiar (2015), foi fruto do movimento social que levou usuários e trabalhadores a uma luta por melhores condições de saúde e, principalmente, pela garantia à saúde, que foi definida como de responsabilidade do Estado, pautando-se por um conjunto de princípios e diretrizes válido em todo o território nacional. Em conjunto com a constituição da saúde enquanto direito, houve a necessidade da criação de uma legislação específica para que o funcionamento do sistema de saúde se configurasse como direito constitucional à saúde (Oliveira, Gomes, Acioli, & Sá, 2007).

Com vistas a se assegurar esta organização e funcionamento, foram instituídas as Leis nº 8.080 e nº 8.142 em 1990. A primeira é caracterizada pela efetivação e funcionamento das ações nos serviços de saúde no território nacional e estabelece as diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A segunda aborda a participação da comunidade na gestão do SUS e a gestão dos recursos financeiros em saúde, o que permite à população um importante papel, que é o de realizar o controle social da sua saúde (*Lei nº 8.080, 1990; Lei nº 8.142, 1990*).

Os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, personificam o conceito ampliado de saúde. Já os princípios organizativos vêm possibilitar o funcionamento do SUS, contemplando os princípios doutrinários, como regionalização, descentralização, hierarquização, que dialogam diretamente com o funcionamento do território indígena — a participação e o controle social (Aguiar, 2015).

Dentre os objetivos e atribuições do SUS, segundo Paim (2009), destacam-se a assistência às pessoas, a vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral. Um aspecto importante para a prevenção da violência é o monitoramento. A vigilância epidemiológica tem como finalidade identificar e adotar ações que visem à prevenção e ao controle de agravos e doenças por meio do reconhecimento de

mudanças nos determinantes e condicionantes da saúde coletiva ou individual (*Lei nº 8.080, 1990*).

Assim, os princípios, objetivos e atribuições são norteadores do funcionamento do SUS em todo território nacional, contemplando todos os indivíduos e suas culturas, por meio da saúde enquanto direito constitucional. Para Araújo e Cardoso (2015), a Constituição de 1988 teve outro papel importante: a retirada da tutela do Estado e, consecutivamente, a emancipação do índio brasileiro — o que permitiu que os indígenas assumissem seu papel de cidadão na luta pela efetivação dos seus direitos, entre eles a garantia da atenção diferenciada à saúde (Araújo & Cardoso, 2015).

Diante da construção e efetivação do SUS, as comunidades indígenas participaram ativamente desde o início por meio dos conselhos locais, garantindo a presença de suas demandas nas pautas do sistema. Devido às especificidades das comunidades, novas configurações foram necessárias para atender as especificidades territoriais e culturais destes povos.

2.4 Sistema de Saúde Indígena

A proposta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena — SasiSUS —, pensando na realidade e nas condições de vida dos diversos povos indígenas brasileiros, é de desenvolver um cuidado em saúde que respeite a diversidade dos povos tradicionais, fornecendo um modelo de atenção à saúde adaptado às comunidades (SESAI, 2017). Este modo de trabalhar em saúde, segundo a Sesai (2017), é uma efetivação da equidade, integralidade e da participação da população, por meio dos conselhos locais de saúde e da inclusão das comunidades. Estes são princípios do SUS que visam a garantir o acesso a um cuidado em saúde com qualidade, possibilitando o controle e o planejamento dos serviços de acordo com a realidade local destes povos.

A saúde dos povos indígenas teve como primeira responsável, a fim de garantir os cuidados em saúde no território, a Fundação Nacional do Índio (Funai). O acesso das comunidades aos serviços de saúde era feito por equipes volantes de profissionais da saúde de nível técnico e superior. Esse serviço estava sob a responsabilidade do Ministério da Justiça (Sousa, Scatena, & Santos, 2007). Para Marques (2003), essa forma de executar os serviços em saúde, com a finalidade de promover o acesso da população, era frágil, pois o cuidado em saúde prestado pela Funai não era contínuo e sim esporádico, o que deixava a população sem continuidade de assistência e com carências no cuidado em saúde. Diante das dificuldades até

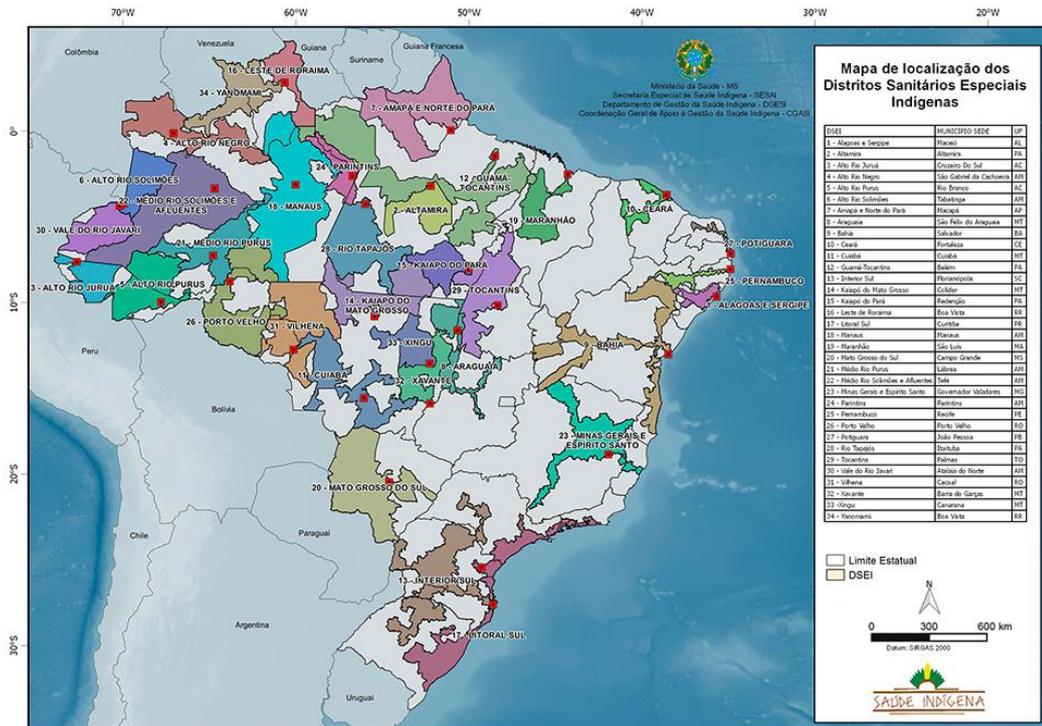
então encontradas, em 1999 foi instituído no SUS, com a Lei Arouca (*Lei nº 9.836, 1999*), que determinou que o governo federal institísse o SasiSUS, passando a gestão e a assistência da saúde aos povos indígenas para o MS por meio da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) (MS, 1999).

Com a saúde indígena sendo gerida por meio da Funasa, em 2002 foi lançada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI). No texto de formulação da política é forte a necessidade da adoção de uma assistência baseada na realidade local, que vise à garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde a esses povos. Para alcançar esse modelo, a PNASI indica a necessidade de formulação de uma rede de serviços especiais dentro das terras indígenas, possibilitando, no território e junto com as comunidades, o desenvolvimento, a cobertura e o acesso ao SUS (Lorenzo, 2011).

Entendida como um modelo diferenciado em saúde, a assistência deve respeitar o modo de funcionar e compreender das comunidades indígenas e também auxiliar na promoção de práticas culturalmente necessárias que auxiliem no processo de recuperação e cura dos pacientes em todos os níveis de atenção (Funasa, 2002). Segundo Mendes et al. (2018), diferente do que acontece na prática, a PNASI deveria ser efetivada de acordo com os princípios do SUS, dando ênfase às questões relacionadas à diversidade étnica, epidemiológica, cultural, política, histórica e geográfica.

A atenção à saúde dos povos indígenas tem como base uma organização de serviços voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde fundamentadas em um sistema próximo das comunidades. Sendo assim, com o objetivo de alcançar e minimizar os agravos e tendo como base as características de cada comunidade, foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que estão distribuídos por todo o território nacional, respeitando as especificidades das etnias e do território em que estão inseridos (Brasil, 2002) (Figura 3).

Figura 3 - Saúde Indígena organizada em DSEI no território nacional



Fonte: Portal Ministério da Saúde - SESAI

A atenção à saúde indígena por meio do DSEI deve possuir uma rede que, de forma articulada, hierarquizada e integrada, consiga dialogar com o SUS nos seus três níveis de atenção. A atenção básica, dentro do princípio da territorialidade, acontece por meio de polos-base dentro das terras indígenas. Os Polos-Base tipo I são unidades de saúde localizadas nas aldeias em que Equipes Básicas de Saúde, com agentes indígenas de saúde e de saneamento, técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos desenvolvem seus trabalhos dentro das áreas indígenas. Nos Polos-Base tipo II, em municípios próximos às áreas indígenas, estão as Equipes Multidisciplinares de Saúde, com profissionais de enfermagem, psicologia e assistência social que são responsáveis pelo apoio às equipes nas referidas localidades. Já nos DSEIs encontram-se toda a área administrativa e os responsáveis técnicos pelos profissionais da ponta (Figura 4) (MS, 2019).



A atenção hospitalar de média e alta complexidade, por sua vez, segundo Lorenzo (2011), deve ser feita mediante um sistema de referência e contrarreferência apoiado pelas Casas de Saúde Indígena (Casais) em que os serviços em saúde respeitem as características culturais dos índios, permitindo o acompanhamento por parentes, o uso de medicina tradicional construída a partir da cosmovisão do seu povo pelas lideranças e a adequação do espaço com o uso de seus utensílios. Vista como mais um avanço na assistência à saúde e na compreensão dos povos tradicionais, em outubro de 2010, houve outra mudança na gestão do subsistema de saúde com a criação da Sesai (Ferreira, 2013).

Para a gestão do sistema de saúde indígena, Coimbra Jr. e Santos (2000) sinalizam deficiências na coleta e tratamento das informações em saúde, pois veem a necessidade de uma integração entre as informações geradas pelos sistemas de informação nacionais e os dados produzidos nas aldeias. Buscando garantir o princípio da equidade, os autores argumentam que é necessária a comparação dos dados gerados nos dois contextos para se conhecer as realidades e pensar em propostas de ação.

A falta de informações em saúde no contexto indígena muitas vezes acarreta incompletude de alguns dados, como a não identificação da etnia e a localização do domicílio do paciente, gerando dificuldades na produção de relatórios e no planejamento de ações que possam contribuir de forma mais eficaz para reduzir os agravos em saúde das minorias étnicas brasileiras (Brasil, 2002). Investir nos sistemas de informação sem saúde é uma estratégia importante para a organização da assistência e efetivação de um cuidado com base nas necessidades do território.

2.5 Sistema de Informação em Saúde

O Brasil conta com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que constituem uma das principais fontes de dados epidemiológicos, que têm como objetivo gerir e armazenar grande quantidade de informações, assim como nortear e embasar as políticas públicas de saúde. Eles auxiliam na gestão dos diversos níveis de atenção e fortalecem o processo de administração descentralizada das morbimortalidades presentes no território nacional. Têm como finalidade integrar a coleta, o processamento e a comunicação dos dados existentes no território nacional (MS, 2017).

Desde a implantação do SUS, várias ferramentas de gestão foram construídas para manter seu funcionamento com base nos seus princípios éticos e organizativos. Uma das estratégias adotadas foi, de acordo com o MS (2002), a organização e criação, pelo Decreto nº 100 de 16/04/1991, do Departamento de Informática do SUS — o DATASUS —, que é responsável pelos SIS.

Observam-se no DATASUS, como destacado por Ferraz (2009), dificuldades quanto à produção de análises mais detalhadas a partir dos dados contidos nos sistemas, pela atual dificuldade em gerar “cruzamento” das informações ou agrupamento dos dados, uma vez que essas informações são geradas em diversos sistemas e que, muitas vezes, não seguem um padrão para a sua entrada. Esta não compatibilidade e não comunicação dos dados acaba por inviabilizar análises que poderiam produzir intervenções em problemas específicos e auxiliar na tomada de decisão referente à saúde da população (Ferraz, 2009).

Pontelli e Baldo (2013) destacam que estes sistemas possuem o propósito de facilitar a formulação e a avaliação de planos e programas de saúde, subsidiando as ações em saúde pública. Não se pode esquecer que o principal objetivo dos sistemas de saúde do SUS é o serviço administrativo, na medida em que foi concebido para controlar a produção e gerar as faturas de pagamento, e não para gerar dados epidemiológicos e de pesquisa, o que pode constituir uma limitação quando se analisam seus dados para fins de intervenção clínica ou produção de pesquisas. Um exemplo é o ressarcimento das despesas de atendimentos dos pacientes internados nos hospitais que fazem parte do SUS, que é realizado a partir da alimentação destes sistemas (Garcia & Reis, 2016).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) são sistemas que geram informações sobre saúde para o SUS. A fonte de informações do SIM são as Declarações de Óbitos (DO), e seus dados compõem as estatísticas vitais, que podem auxiliar

na elaboração de estudos e no desenvolvimento de intervenções em saúde (UNA-SUS/UFMA, 2016). Entre estes dados, estão os referentes ao comportamento suicida coletados no território nacional, que são registrados como violência autoinfligida.

A violência é dividida pela OMS em três grandes grupos: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias) (WHO, 1996). Cabe aos serviços, aos gestores ou profissionais a notificação compulsória (Brasil, 2014), enquanto responsabilidade ética e profissional, fazendo jus à legislação vigente. A partir destas notificações, a gestão local pode desenhar estratégias para intervenção, acompanhamento e dar suporte aos profissionais e às vítimas das violências (MS, 2015).

O suicídio, dentro dos sistemas, é representado como “causa externa” e está incluído nas formas de violências e acidentes na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças ([CID-10], OMS, 1998), estando descrito através de 250 códigos diferentes (X 60 a X 84). O suicídio é entendido aqui como violência autoprovocada/autoinfligida que envolve comportamentos de autoagressão que levam o sujeito a óbito (MS, 2015).

Os dados produzidos por todas essas bases podem auxiliar na gestão do sistema e no conhecimento do território e seus agravos. Por exemplo, um estudo realizado por Monteiro, Bahia, Paiva, Sá e Minayo (2015), utilizando dados do SIH/SUS, apontou, no período de 2002 a 2013, uma tendência decrescente para a taxa de internação hospitalar decorrente de lesões autoprovocadas no SUS de 5,6 por 100 mil habitantes. Dentre estas se destaca o número alto de indivíduos na faixa etária de 30 a 39 anos, cujo método mais utilizado foi a autointoxicação e que em sua maioria residiam na região Sudeste.

Assim, as informações produzidas pelos SIS possibilitam o aperfeiçoamento das práticas, a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde por meio de ações por parte dos gestores e profissionais de saúde baseadas em dados reais. Estes sistemas geram informações relevantes e de qualidade para apoiar o planejamento e a efetivação de programas e políticas de saúde (MS, 2017).

2.6 Justificativa

O comportamento suicida é um problema global de saúde que atinge diferentes povos em diferentes regiões no mundo. Os óbitos indígenas são registrados de forma expressiva em diferentes locais e em contextos complexos, com perspectivas que variam de acordo com cada povo e sua posição demográfica, sócio-histórica e econômica (Vargas-Espíndola et al., 2017).

Gawryszewski, Jorge e Koizumi (2004) realizaram um estudo sobre morbimortalidades ocorridas em 2000 por causas externas em indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil. Com base nos dados coletados no SIA/SUS e SIM, foram constatadas 13.383 mortes e 87.177 internações hospitalares por causas externas, sendo, entre elas, 997 mortes por suicídio, correspondendo a 6,9 por 100 mil (12,5 por 100 mil homens e 2,3 por 100 mil mulheres), representando 7,5% do total. Nesse estudo, os autores demonstram que os registros de morbidade são menores do que os de mortalidade, representando 0,8% do total de internações por tentativa de autoextermínio. Desconstruindo a ideia de que se utiliza mais o sistema de saúde por causa das tentativas, os autores registram uma mortalidade maior, mas em ambos os cenários [mortalidade e morbidade] o sexo masculino apresenta valores superiores aos das mulheres (Gawryszewski, Jorge, & Koizumi, 2004).

Com a integração entre o conhecimento dos contextos e o conhecimento das taxas de mortalidade por suicídio, pode-se adotar ações para a construção, planejamento e a implementação de uma política de saúde mental que vise à reestruturação da rede de atendimentos com base na lógica territorial. Também é possível realizar um maior investimento de recursos financeiros para serviços de prevenção e monitoramento em saúde mental, com a instauração de medidas na atenção primária à saúde que visem ao controle da mortalidade por suicídio (Rosa, Agnolo, Oliveira, & Mathias, 2017).

Quando se pensa nas diferenças entre as regiões, as condições de saúde, as desigualdades sociais e o poder aquisitivo da população brasileira, pode-se pensar em diferentes cenários e perfis de indivíduos e comunidades, assim como em diversas possibilidades de problemas em saúde. Tal realidade constitui um desafio para o gestor, que precisa, diante da pluralidade do Estado, planejar ações e intervenções que contemplem essas diferenças e produzir assim resultados significativos para a população (Lucchese, 2003).

Para o MS (2017), os estudos antropológicos e levantamentos epidemiológicos, assim como as intervenções para a prevenção do suicídio, devem ser realizados de modo compartilhado com as comunidades indígenas, em especial lideranças comunitárias e espirituais. Tais estudos têm como objetivo elaborar ferramentas de prevenção condizentes com a realidade dos grupos indígenas de diferentes regiões do país, fortalecendo as redes comunitárias de proteção e promoção da saúde dos jovens indígenas. Isso pode ser alcançado se as estratégias forem desenvolvidas de forma intersetorial, para além do setor saúde (Brasil, 2017).

Segundo Ougrin, Banarsee, Dunn-Toroosian e Majeed (2011), a identificação precoce de indivíduos com maior vulnerabilidade para o suicídio é uma das ações mais efetivas, pois,

na medida em que o cuidado em saúde é compartilhado nos níveis de atenção, cada agente tem um papel essencial na redução das taxas de suicídio. Nesse contexto, os serviços de saúde ocupam uma posição estratégica para a detecção de risco do suicídio (Olfson, Marcus, & Bridge, 2012).

Souza e Ferreira (2014) destacam que são poucos os estudos epidemiológicos e antropológicos sobre o fenômeno do suicídio indígena feitos no cenário nacional. Talvez porque trabalhar com os povos indígenas requeira do pesquisador um redimensionamento do olhar e a desconstrução de uma visão pré-estabelecida, pois, segundo Minayo (1998), pensar em novos métodos de investigação para o suicídio é um desafio, devido à complexidade deste fenômeno. Para falar de suicídio em comunidades tradicionais, é preciso reconhecer uma perspectiva complexa sobre uma dimensão de natureza histórica, cultural, individual e coletiva, e que se expressa numa síntese biopsicossocial (Minayo, 1998).

Para que os gestores possam planejar e tomar decisões e efetuar ações baseadas na realidade local, os sistemas de saúde precisam ser alimentados de forma correta, pois é a partir das informações geradas nestes sistemas que se dá o planejamento da oferta de serviços de saúde, juntamente com a alocação de recursos (MS, 2009). Segundo Bertolote (2012), os dados sobre o suicídio não refletem toda a realidade, pois no Brasil, como em muitos outros países, há um sub-registro de mortalidade por suicídio, devido a diversas razões, como: religião, estigmas, preconceitos, implicações policiais e legais. Muitos óbitos são classificados como ignorados, ou deixam de ser notificados corretamente segundo sua real causa. Tal fato gera um cenário de subnotificações que compromete as ações do poder público, inviabiliza a clareza real das causas dos óbitos por suicídio no cenário brasileiro e afeta diretamente o planejamento e a criação de políticas públicas para a prevenção de novos casos (Bertolote, 2012).

Segundo Krug et al. (2002), há evidências de que apenas 25% das pessoas que tentam se suicidar são internadas e estas correspondem aos casos mais graves. Pompili e Baldessarni (2015) argumentam que pacientes com alta recente de internação em um hospital psiquiátrico também possuem um risco aumentado de suicídio e de mortalidade por qualquer causa, especialmente aqueles com histórico de doença mental grave e tentativa de suicídio anterior, indicando que muitas vezes esses pacientes ficam perdidos na rede de saúde, em que não recebem o manejo adequado e humanizado para seu caso.

Os gastos do Ministério da Saúde com internações por causas externas têm maior custo/dia e menor média de permanência do que as internações por causas naturais (Mello-Jorge & Koizumi, 2004; Melione & Mello-Jorge, 2008; Silveira, Santos, & Ferreira 2012; Costa, et al. 2015). Do ponto de vista econômico, o suicídio e suas tentativas representam enormes custos

para a sociedade, primeiro porque demandam recursos públicos que poderiam estar sendo alocados de forma diferente e, segundo, porque envolvem significativa perda de capital humano (Gonçalves, 2011).

Considerando que o suicídio se configura como um problema de saúde pública mundialmente reconhecido, com importantes repercussões em nível mundial, torna-se pertinente a implementação de intervenções terapêuticas e programas de prevenção no âmbito das atenções primária, secundária e terciária, podendo assim, baseadas nas evidências científicas, oferecer respostas eficazes no plano de cuidados em saúde mental (Madeira, 2015). Tendo em vista o presente cenário e a necessidade de uma melhor compreensão do comportamento suicida indígena e seus impactos na saúde pública, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos e pesquisas que agreguem diversas fontes de dados, a fim de compreender melhor o cenário real dos suicídios ocorridos no país e a descrição do uso do serviço de saúde pelas minorias étnicas.

Portanto, tendo como base na literatura verificada o pouco material publicado sobre os óbitos de indígenas no Brasil, e levando em conta: a subnotificação, que afeta a qualidade dos dados gerados referentes às comunidades; dificuldade na implementação e execução da PNSI; a ausência de cuidado especializado referente às altas taxas de suicídio nas aldeias, mesmo existindo estratégias nacionais para a população geral para prevenção do suicídio; e a falta de uma política voltada para a prevenção do suicídio, o que pode agravar o quadro de risco e manter o atual cenário, foi desenvolvido o presente trabalho. Este estudo é dividido em três artigos que compõem essa tese, que visam sumarizar as pesquisas publicadas no cenário nacional, levantar características sociodemográficas e de ocorrência dos óbitos dos indígenas e analisar o uso de serviços do SUS de uma amostra desta população. Sendo assim, o presente trabalho visa auxiliar na construção de um novo olhar sobre o fenômeno do suicídio a partir dos dados produzidos no SUS, de modo a representar o real cenário deste agravo nos povos indígenas brasileiros e fomentar o início de uma descrição ampla do problema no período de treze anos no intuito de criar estratégias eficazes para a mudança deste grave cenário na saúde pública nacional.

3 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o fenômeno do suicídio nas populações indígenas brasileiras por meio da descrição dos óbitos e do uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS no cenário nacional.

3.1 Objetivos Específicos

- Sumarizar as pesquisas empíricas publicadas que descrevem a frequência, a natureza e os fatores que contribuem para o suicídio dos povos indígenas brasileiros;
- Descrever as características dos óbitos por suicídio de indígenas registrados de 2000 a 2013 no SIM com os CID X 60.0 a X 84.9 de acordo com as características sociodemográficas (escolaridade, faixa etária, município de residência) e de ocorrência (causa básica, tipo, local e método), segundo o sexo;
- Conhecer o perfil dos indígenas que vieram a óbito por suicídio segundo o DSEI MG/ES, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SUS), a partir da identificação dos procedimentos registrados no SIA e no SIH, realizados desde o ano 2000, relativos a indígenas que vieram a óbito de 2008 a 2013.

4 ESTUDO 1 - SUICÍDIO E POVOS INDÍGENAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS BRASILEIROS*

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza¹

Julia Costa de Oliveira²

Juliana Alvares Teodoro³

Maycoln Leôni Martins Teodoro⁴

1. Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza: psicólogo e doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicologia: cognição e comportamento da UFMG.
2. Júlia Costa de Oliveira: psicóloga e mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG.
3. Juliana Alvares Teodoro: farmacêutica, coorientadora e professora do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFMG.
4. Maycoln Leôni Martins Teodoro: psicólogo, orientador e Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia: cognição e comportamento, UFMG.

* Artigo aceito para publicação na Journal of Public Health Pan American em janeiro 2020.

Resumo

O suicídio é um comportamento que afeta de forma direta e indireta diversas comunidades brasileiras, gerando impactos significativos, sendo considerado como um grave problema de saúde pública que tem afetado as comunidades indígenas. Este trabalho tem por objetivo descrever a frequência, as características e os fatores que contribuem para o suicídio nos povos indígenas brasileiros. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com busca nas bases de dados PubMed, SciELO, PsycINFO e LILACS. Foram incluídos estudos epidemiológicos que tinham como público-alvo populações indígenas do território nacional. A busca totalizou 111 artigos e 9 preencheram os critérios de inclusão. Três estudos foram realizados na região Centro-Oeste e quatro na região Norte do Brasil. Três estudos citaram as etnias estudadas, totalizando sete etnias. Os estudos demonstraram maior taxa de mortalidade por suicídio em pessoas do sexo masculino, solteiros, com 4 a 11 anos de escolaridade, na faixa etária de 15 a 24 anos, no domicílio, tendo como principal método o enforcamento e mais frequentemente nos finais de semana. Os principais fatores de risco para o suicídio são pobreza, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem-estar, desintegração das famílias, vulnerabilidade social e falta de sentido de vida e futuro. Todos os estudos apontam a necessidade de desenvolvimento de estratégias, em conjunto com as comunidades, considerando sua cosmovisão e os aspectos socio-historicoculturais de cada etnia, para a minimização dos fatores de risco e consequente redução da taxa de suicídio.

Palavras-chave: Povos indígenas. Suicídio. Revisão sistemática. Brasil.

Abstract

Suicide is a behavior that directly and indirectly affects several Brazilian communities, generating significant impacts, and it's considered a serious public health problem that has affected indigenous communities. This paper aims to describe the frequency, characteristics and factors that contribute to suicide among Brazilian indigenous peoples. A systematic review of the literature was carried out by searching the PubMed, SciELO, PsycINFO and LILACS databases. Epidemiological studies that target indigenous populations in the national territory were included. The search totaled 111 articles and 9 met the inclusion criteria. Three studies were carried out in the Midwest and four in the North of Brazil. Three studies cited the ethnicities studied, totaling seven ethnicities. Studies have shown a higher mortality rate due to suicide in single male people, with 4 to 11 years of schooling, aged 15 to 24 years, at home, with hanging as the main method and mainly on weekends. The main risk factors for suicide are poverty, historical and cultural factors, low indicators of well-being, disintegration of families, social vulnerability and lack of meaning in life and future. All studies point out the need to develop strategies, together with the communities, considering their worldview and the sociohistoric-cultural aspects of each ethnic group, in order to minimize the risk factors and consequently lower the suicide rate.

Keywords: Indigenous peoples. Suicide. Systematic review. Brazil.

Os povos indígenas representam 0,4% da população total do Brasil. Caracterizados pela diversidade, eles apresentam configurações particulares de costumes, crenças, línguas (IBGE, 2010). Em comum, constata-se que essa população enfrenta constantemente situações de tensão social, tendo a integridade dos seus territórios e saberes ameaçada (Funasa, 2002), o que os coloca em uma posição de maior vulnerabilidade em face de uma série de agravos (Coimbra & Santos, 2000). Nesse contexto, há problemas concretos como invasões territoriais, exploração sexual (Paiva, 2016) e uso abusivo de álcool (Souza, 2013; Souza, Oliveira, & Teodoro, 2019). Para a Fundação Nacional de Saúde brasileira (Funasa, 2002), a depressão e o suicídio estão entre os problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades indígenas. Consoante ao exposto, o Ministério da Saúde do Brasil (Ministério da Saúde, 2017) aponta que a população indígena brasileira apresenta altas taxas de suicídio, assim como foi relatado em populações nativas da Europa (Silviken, 2009), América (Mullany, et al. 2009; Kirmayer, et al., 2007; Mullany et al., 2010), Oceania (Kuipers, Appleton, & Pridmore, 2012; Silburn, Glaskin, Henry, & Drew, 2010) e Ásia (Sumarokov, Brenn, Kudryavtsev, & Nilssen, 2014).

O suicídio pode ser compreendido como “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que se acredita ser letal” (OMS, 2000). O comportamento suicida é constituído por um gradiente de gravidade, que pode variar da ideação, passando pelo planejamento, até chegar ao suicídio (Botega, 2014). No Brasil, o número de óbitos por suicídio cresceu 33,6% na população geral entre os anos de 2002 e 2012 (Ministério da Saúde, 2017). Com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7/100 mil em 2015, foram registrados entre 2011 e 2015, 55.649 óbitos por suicídio no país. Os suicídios indígenas representaram 1,0% dos óbitos registrados no território brasileiro, no período de 2008 a 2012 (Waiselfisz, 2014). Esta quantidade é duas vezes e meia maior do que a participação demográfica desta população.

Dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Ministério da Saúde, 2017) destacam que a taxa de suicídio indígena no Brasil no ano de 2014 foi de 21,8/100 mil habitantes, taxa que fica ainda mais expressiva quando se estratifica esse dado por região. No estado do Amazonas e na região sul do Mato Grosso do Sul, há uma incidência dez vezes maior do que a registrada na média nacional entre a população não indígena. Estes dados são do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SUS), e confirmam que nesse grupo existe uma incidência quatro vezes maior do que na população brasileira em geral.

Ressalta-se que, no contexto indígena, o suicídio está relacionado com fatores sociais e culturais específicos, que mudam radicalmente a epidemiologia e a etiologia do fenômeno

(Ministério da Saúde, 2015). Portanto, o suicídio nas populações indígenas tem se mostrado um problema de saúde desafiador. Ao mesmo tempo, há poucos estudos epidemiológicos e antropológicos sobre o fenômeno no cenário nacional (Souza & Ferreira, 2014). Uma revisão sistemática do comportamento suicida indígena no mundo (Pollock, et al., 2018) verificou a presença de três estudos populacionais; outra revisão de trabalhos na América Latina (Azüero, et al., 2017) descreveu também três trabalhos considerando o recorte populacional, com poucos dados referentes ao Brasil. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever a frequência, as características e os fatores que contribuem para o suicídio dos povos indígenas brasileiros a partir de uma revisão sistemática da literatura.

4.1 Método

Foi conduzida uma revisão sistemática de estudos que abordaram o suicídio em povos indígenas brasileiros. O artigo foi preparado com a utilização do PRISMA, que auxilia na elaboração, análise e publicação de revisões sistemáticas (Moher et al., 2009). A questão de pesquisa (Ministério da Saúde, 2012) foi estruturada a partir de três componentes: especificação da população incluída nos estudos, a saber, povos indígenas brasileiros; o delineamento de estudos populacionais, e o desfecho de óbitos registrados por suicídios.

Foi realizada uma busca eletrônica de artigos publicados até fevereiro de 2020, de forma sistematizada, nas bases de dados Medline (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PsycINFO e Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). Para cada base de dados, foi elaborada uma estratégia específica com descritores MeSH e sinônimos. Os termos foram pesquisados em várias combinações, incluindo os referentes a suicídio e povos indígenas (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia de busca

Base Eletrônica		Quantidade de Estudos
Medline (PubMed)	(((((((((((Indigenous Population) OR Indigenous Populations) OR Population, Indigenous) OR Populations, Indigenous) OR Indigenous) OR Indigenous communities) OR Natives) OR Native-Born) OR Tribes)))) AND ((((((((((Suicide) OR Suicide, Attempted) OR Suicide, Assisted) OR Suicidal Ideation)) AND ((((((((((Population Groups) OR Group, Population) OR Groups, Population) OR Population Group) OR Tribes) OR Natives) OR Native-Born) OR Native Born) OR Indigenous Population) OR Indigenous Populations) OR Population, Indigenous) OR Populations, Indigenous)) AND ((Brazil) OR Brazilian, Population))) AND ((((((((((Indigenous Population) OR Indigenous Populations) OR Population, Indigenous) OR Populations, Indigenous) OR Indigenous) OR Natives) OR Native-Born) OR Tribes)) AND ((Brazil) OR Brazilian, Population))) AND ((((((((((epidemiologic studies) OR incidence) OR mortality) OR ecological study) OR cohort) OR case control) OR observational) OR population-based) OR epidemiolog*)) AND ((Brazil) OR Brazilian, Population)	43
LILACS	((Indigenous Population OR Population, Indigenous OR Indigenous OR Natives OR Native-Born OR Tribes) AND (Suicide OR Suicide, Attempted OR Suicide, Assisted OR Suicidal Ideation) AND (Brazil OR Brazilian, Population) AND (epidemiologic studies OR incidence OR mortality OR ecological study OR cohort OR case control OR observational OR population-based OR epidemiolog*))	20
SciELO	(Indigenous) AND (suicide) AND (brazil)	16
PsycINFO	Any Field: Indigenous AND suicide AND brazil	10

Fonte: Elaboração própria.

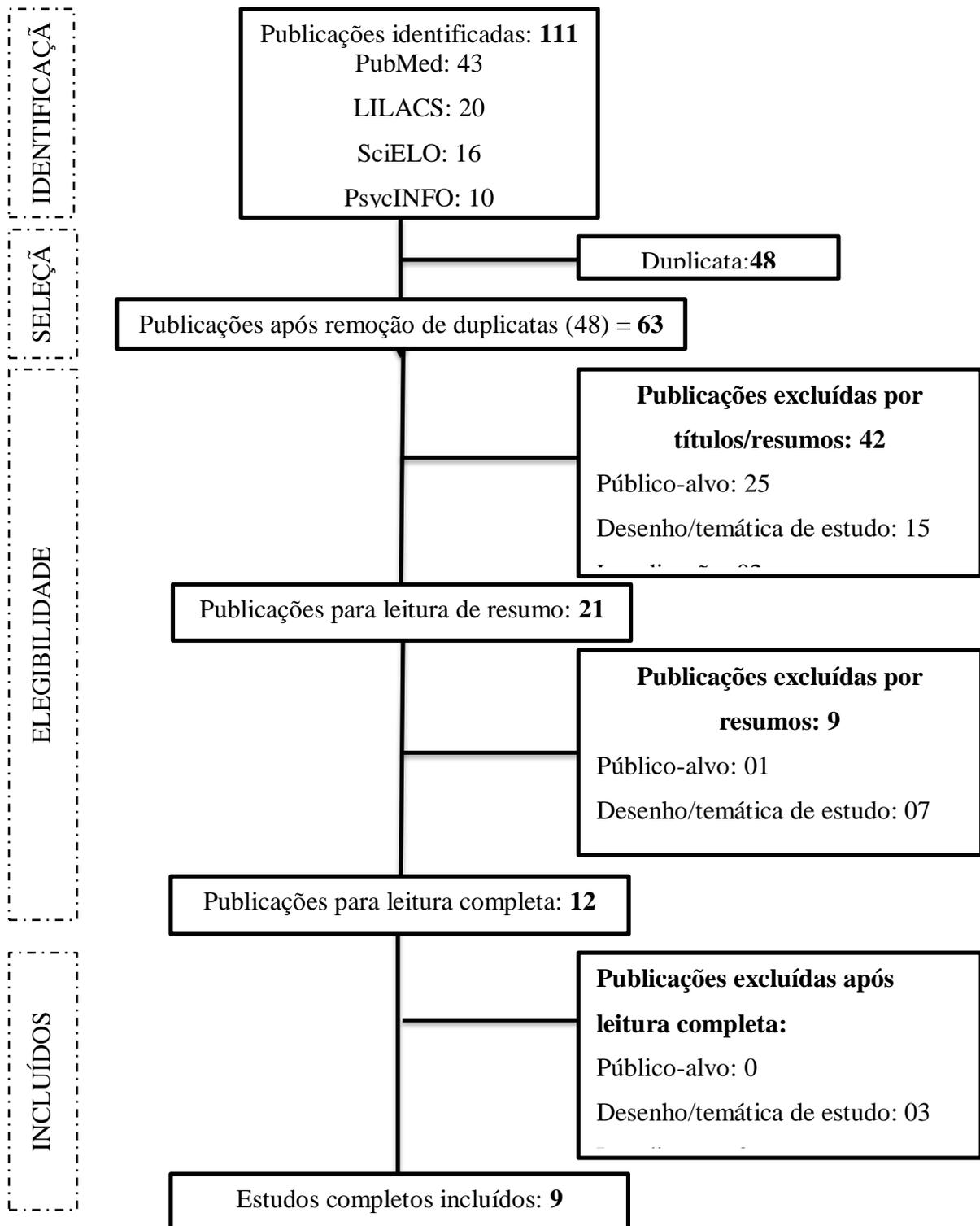
A busca manual foi realizada por meio da avaliação das referências bibliográficas dos estudos incluídos e a busca na literatura cinzenta foi realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e no Banco de Teses da CAPES. Não houve restrições quanto a data de publicação do estudo e idioma.

As publicações foram reunidas em uma única base para a exclusão das duplicatas, identificadas por meio do programa EndNote®. Dois revisores realizaram a seleção dos estudos de forma independente, em duas fases: 1) Leitura de títulos e resumos 2) Leitura dos textos completos. As discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor. Os artigos foram avaliados de acordo com seu método, sendo o critério de inclusão a avaliação do suicídio indígena a partir de estudos epidemiológicos. Portanto, foram excluídos estudos que abordavam o suicídio em comunidades indígenas brasileiras sem um delineamento de estudo do tipo populacional. Ademais, os estudos selecionados também foram avaliados de acordo com os 22 critérios do STROBE (Von Elm, 2008), calculando-se a proporção dos critérios atendidos.

4.2 Resultados

A revisão encontrou um total de 111 publicações que, após a avaliação em etapas, resultaram em nove estudos incluídos segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos. Desses estudos, 89 foram localizados nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e PsycINFO. Na busca manual e na literatura cinzenta foram descobertos 22 estudos. Os processos de seleção e exclusão estão descritos na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma da seleção de estudos para a revisão sistemática



Fonte: Elaboração própria

Na avaliação segundo o STROBE, todos os artigos atenderam percentuais acima de 60% dos critérios de qualidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Pontuação e percentual de qualidade dos artigos a partir dos critérios do STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies)

Estudos	Itens	%
Souza e Orellana (2013)	21	95,45
Lazzarini et al. (2018)	20	90,91
Orellana et al. (2016)	20	90,91
Souza (2019)	19	86,36
Souza e Junior (2017)	18	81,82
Orellana et al. (2013)	18	81,82
Souza e Orellana (2012)	17	77,27
Victal et al. (2019)	17	77,27
Coloma, Hoffma e Crosby (2006)	14	63,64

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos incluídos foram publicados entre 2006 e 2019. A maioria dos estudos (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana, Basta, & Souza, 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Victal et al., 2019; Souza, 2019) indicaram como fonte de dados o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Em relação aos tipos de método de pesquisa, quatro estudos utilizaram o método descritivo (Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2012; Souza, 2019), dois realizaram o desenho de coorte retrospectivo (Lazzarini et al., 2018; Souza, & Orellana, 2013), um o ecológico descritivo com foco no espaço-tempo (Orellana et al., 2016), um estudo lançou mão da pesquisa-ação longitudinal (Coloma, Hoffman, & Crosby, 2006) e um realizou um estudo epidemiológico transversal (Victal et al., 2019) (Quadro 2).

Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

Estudo	Região	Etnia	Nº de mortes por suicídio	Intervalo de tempo estudado	Base de Dados	Taxa de suicídio (óbitos 100.000 pessoas)	Desenho do estudo
Lazzarini, Gonçalves, Benites, Silva, Tsuha, Ko, Rohrbaugh, Andrews & Croda (2018)	Mato Grosso do Sul	Guarani-Kaiowá, Terena e Guarani	119	2003-2013	SIM	73,4	Coorte retrospectivo
Orellana, Balieiro, Fonseca, Basta & Souza (2016)	Mato Grosso do Sul	Guarani-Kaiowá, Terena e Guarani-Nandeva	118	2000-2012	SIM	83,6	Ecológico descritivo com foco no espaço-temporal
Souza & Onety Júnior (2017)	Roraima	NE	29	2009-2013	SIM	15,0	Descritivo
Orellana, Basta & Souza (2013)	Amazonas (SGC, SIRN e TBT)	NE	113	2005-2009	SIM	4,2	Descritivo e retrospectivo
Souza & Orellana (2013)	Amazonas	NE	131	2006-2010	SIM	18,4	Coorte retrospectivo
Souza & Orellana (2012)	São Gabriel da Cachoeira (AM)	NE	44	2000-2007	SIM	16,8	Descritivo retrospectivo quantitativo
Coloma, Hoffman, & Crosby (2006)	Mato Grosso do Sul	Terena, Kadiweu, Guato, Ofaie-Xavante e Guarani	194	2000-2003	NE	9,8	Pesquisa-ação longitudinal
Victal, Aguiar, Xavier Junior, Cabral Junior (2019)	Brasil	NE	935	2005-2014	SIM	10,50	Epidemiológico transversal
Souza (2019)	Brasil	NE	55	2010-2014	SIM	11,0	Descritivo

Fonte: Elaboração própria.

Três estudos (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Coloma, Hoffman, & Crosby, 2006) abordaram o suicídio na região Centro-Oeste e quatro estudos (Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012) na região Norte. Dois estudos abordaram todas as regiões do Brasil (Victal et al., 2019; Souza, 2019). Os estados mais estudados foram o Mato Grosso do Sul (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Coloma et al., 2006) e o Amazonas (Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012). A maior taxa de suicídio de indígenas foi registrada

no estado do Mato Grosso do Sul (28) (83,60/100 mil habitantes) e a menor no Amazonas (Orellana et al., 2013) (4,20/100 mil habitantes), medidas em diferentes intervalos temporais, variando de 2005 a 2012. O artigo com maior percentual na avaliação do STROBE teve como pano de fundo o estado do Amazonas (Souza & Orellana, 2013). Somente três estudos (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Coloma et al., 2006) citaram as etnias estudadas, sendo elas os Terena, Kadiwéu, Guató, Ofaié-Xavante, Guarani, Guarani-Kaiowá e Guarani-Ñandeva.

Nos estudos encontrados (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Coloma et al., 2006; Victal et al., 2019; Souza, 2019) (Tabela 3) foi observada maior frequência de morte de pessoas do sexo masculino, solteiros (Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012) e com 4 a 11 anos de escolaridade (Souza & Orellana, 2013). Lazzarini et al. (2018) destacam que a taxa de mortes masculinas (107,5/100 mil) excedeu o dobro da taxa feminina (41,7/100 mil). No contexto do suicídio de crianças indígenas, diferentemente do observado em outras faixas etárias, constatou-se uma tendência à ocorrência em igual magnitude em ambos os sexos, embora haja uma relativamente maior participação feminina no fenômeno (Souza, 2019). Outra característica importante tem relação com a faixa etária entre os óbitos de 15-19 e 20-24 anos de ambos os sexos, em que os homens entre 15 e 24 anos tiveram uma maior taxa do que as mulheres, com 135,8/100 mil. Entre as mulheres, a maior taxa foi entre 10 e 14 anos, com taxa de 38,3/100 mil (Orellana et al., 2016). A faixa etária mais acometida no estudo (Victal et al., 2019) foi de 15 a 19 anos.

Acerca do local do óbito mais frequente, destaca-se o domicílio (Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; 35). Três estudos (Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013) chamam a atenção para a ausência de óbito por suicídio em contexto hospitalar nos municípios investigados. Foi observado que as crianças indígenas morreram menos frequentemente em ambiente hospitalar, em comparação às não indígenas (Souza, 2019). O principal método utilizado pelos indígenas para tirarem a vida foi o enforcamento (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Souza, 2019). Os suicídios indígenas ocorrem com maior frequência nos finais de semana (Orellana et al., 2016; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012).

Os estudos associaram os dados encontrados com fatores de risco (Tabela 4) identificados em estudos antropológicos e de observação participante localizados na literatura sobre o tema. Pobreza, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem-estar,

desintegração das famílias (Lazzarini et al., 2018), vulnerabilidade social (Souza & Orellana, 2013), falta de sentido de vida e futuro (Coloma et al., 2006), escassez de terras, dificuldades no gerenciamento de conflitos entre gerações, afastamento dos jovens das atividades tradicionais de subsistência, morte por suicídio de um familiar (Souza, 2019) foram apontados como motivadores para as altas taxas de suicídio nos povos indígenas. Cinco estudos (Orellana et al., 2016; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Victal et al., 2019; Souza, 2019) demonstraram que o álcool é um elemento que pode estar relacionado aos suicídios nas aldeias. Em nenhum estudo foi citada a presença de transtornos mentais associados aos comportamentos suicidas nos indígenas (Quadro 3).

Quadro 3 - Fatores de risco da população indígena

Fatores de Risco	Estudos	Frequência
Abono das tradições indígenas	Lazzarini, et al. 2018; Orellana, et al. 2016; Orellana, Basta & Souza, 2013; Souza & Orellana, 2013; 32, Victal, et al. 2019; Souza, 2019	7
Consumo abusivo de álcool e/ ou abuso de drogas;	Lazzarini, et al. 2018; Orellana, et al. 2016; Orellana, Basta & Souza, 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Victal, et al. 2019; Souza, 2019	7
Falta de acesso a educação e trabalho	Lazzarini, et al. 2018; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana, Basta & Souza, 2013; Souza & Orellana, 2012	4
Vulnerabilidade socioeconômica	Lazzarini, et al. 2018; Souza & Orellana, 2013; Souza, 2019;	3
Instabilidade emocional dos jovens	Orellana, et al. 2016; Souza & Orellana, 2013; Coloma et al., 2006	3
Confinamento territorial e reassentamentos	Orellana, et al. 2016; Coloma et al., 2006, Victal, et al. 2019; Souza, 2019	3
Violência sexual	Lazzarini, et al. 2018; Orellana, et al. 2016	2
Aproximação da população urbana	Souza & Onety Júnior, 2017; Coloma et al., 2006	2
Fragilização cultural	Souza & Orellana, 2012; Von Elm, 2008; Souza, 2019	2
Exposição a meios letais	Souza & Onety Júnior, 2017	1
Imposição religiosa e cultural	Coloma et al., 2006	1
Ter um familiar que morreu por suicídio	Souza, 2019	1
Casa como local para planos suicidas	Lazzarini et al. 2018	1

Fonte: Elaboração própria.

Algumas propostas de intervenção são sugeridas nos estudos para estimular profissionais a compreenderem e prevenir este comportamento na população indígena. Lazzarini et al. (2018) sugerem ações baseadas na escola, visando aumentar os recursos de enfrentamento das crianças e jovens em face das emoções negativas e comportamentos relacionados a risco de vida. Os autores (Lazzarini et al., 2018) também apostam no uso de estratégias locais de ajuda e no desenvolvimento da habilidade de comunicação dos sentimentos relacionados ao suicídio aos professores e familiares. Na área da saúde, sugere-se a realização

de triagens para identificação de fatores de risco, além de acolhimento e intervenção aos enlutados, para melhor entendimento do ato suicida e prevenção para contenção futura (Souza & Orellana, 2013). No âmbito do suicídio de crianças indígenas, foi desatada a necessidade de prevenção da violência e de agravos, como o combate do *bullying* nas escolas e a postergação da idade do início do consumo de álcool e outras drogas (Souza, 2019).

Duas pesquisas (Orellana et al., 2013; Coloma et al., 2006) destacam a importância do desenvolvimento de novas investigações acerca do fenômeno de suicídio indígena, com a participação dos próprios indígenas (Orellana et al., 2013), de modo a colaborar para a construção conjunta de estratégias de enfrentamento culturalmente sensíveis ao cenário sociocultural e sanitário em questão (Souza & Orellana, 2012). Souza e Onety Júnior (Souza & Onety Júnior, 2017) propõem que estudos devem ser feitos com o objetivo de investigar o processo de urbanização da população e seus impactos nas comunidades. Orellana et al. (2016) salientam a necessidade do fortalecimento das políticas indigenistas para a proteção das comunidades, evitando novas violações de direitos desses povos.

4.3 Discussão

Os resultados encontrados apontaram para a complexidade do fenômeno do suicídio indígena, sendo necessário discutir alguns aspectos descritos e analisados. Um desses pontos diz respeito à fonte de dados mais utilizada nos estudos (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012), o SIM, sistema de vigilância epidemiológica nacional que visa fornecer informações acerca da mortalidade a todas as instâncias do sistema de saúde brasileiro. Estudos realizados por meio de bancos de dados podem apresentar algumas limitações, impactando a qualidade dos resultados sobre o comportamento suicida nos contextos tradicionais (Lazzarini et al., 2018; Victal et al., 2019).

As limitações ao uso do SIM decorrem da alimentação e manipulação dos dados, os quais podem ser influenciados pela incompletude no preenchimento dos formulários, pela transmissão destes na construção dos bancos de dados, por problemas na cobertura dos óbitos, principalmente em municípios rurais e remotos, e pela subnotificação por parte de profissionais de saúde (Orellana et al., 2016; Souza & Orellana, 2012; Victal et al., 2019; Souza, 2019). O último ponto pode estar relacionado com a heteroclassificação da raça pelos profissionais de saúde na declaração do óbito, processo atravessado por preconceitos e dificuldades decorrentes da identificação do corpo (Orellana et al., 2013). Tais limitações fazem com que os autores

classifiquem os dados secundários como de pouca qualidade (Orellana et al., 2013). Ressalta-se, nesse contexto, que a Secretaria Especial de Saúde Indígena brasileira tem apostado na ampliação e qualificação da sistematização das informações acerca do suicídio indígena, considerando que a vigilância epidemiológica contribui para a compreensão desse fenômeno e, conseqüentemente, possibilita o planejamento de estratégias para a sua prevenção (Brasil, 2019).

As regiões mais abordadas nos estudos, Centro-Oeste e Norte, são as que concentram as maiores taxas de suicídio do Brasil, sendo que, na região Centro-Oeste, a taxa de suicídio indígena é sete vezes maior, quando comparada à população não indígena; e na região Norte a taxa é cinco vezes maior em relação à população não indígena (Souza & Orellana, 2012). Estudos constataram que essas são as áreas com as maiores taxas de suicídio indígena (Victal et al., 2019; Souza, 2019), corroborando os achados de Waiselfisz (Waiselfisz, 2014). Em consonância, a maior taxa de suicídio encontrada foi no Mato Grosso do Sul (Orellana et al., 2016), porém a menor taxa foi encontrada no Amazonas (Orellana et al., 2013). Uma explicação para este achado é que o estudo foi realizado em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena, porém também incluiu o município de Manaus, que apresenta baixa representatividade de autodeclarados indígenas, visando estabelecer comparações entre os municípios. Assim, embora a taxa de mortalidade tenha sido baixa, a análise comparativa indicou diferenças no padrão de mortalidade, com destaque para as elevadas taxas nos municípios que possuem alta proporção de população autodeclarada indígena, bem como grande frequência de óbitos entre indivíduos indígenas (Orellana et al., 2013).

Tais regiões, Norte e Centro-Oeste, são as que possuem o maior número de terras indígenas do país e também de etnias declaradas (IBGE, 2010), o que não explica as altas taxas de suicídio. Um estudo considerou a possível explicação de que as mudanças ocorridas nas terras indígenas demarcadas no Amazonas, com o aumento da presença de não indígenas e da urbanização da população indígena, relacionam-se com o aumento de fatores de risco, como um maior do consumo do álcool e conflitos entre gerações (Souza, 2019). Há o argumento de que, no arco do desmatamento amazônico, o alto índice de violência pode estar relacionado a interesses políticos e econômicos em torno de empreendimentos agrícolas (Waiselfisz, 2014). No Mato Grosso do Sul, a explicação também pode envolver tensões com o agronegócio, bem como a escassez de terras indígenas demarcadas (Souza, 2019).

Nos estudos incluídos, apenas sete etnias foram identificadas. Ressalta-se que os indígenas brasileiros compõem 305 diferentes etnias, com ampla diversidade entre si (IBGE, 2010), e que cada povo indígena possui sua própria forma de entender e significar o suicídio

(Brasil, 2019). Assim, a escassez de identificação de etnias nos estudos pode ser um limitador da compreensão do suicídio indígena brasileiro, uma vez que este fenômeno possui peculiaridades relativas a cada etnia do país (Victal et al., 2019).

A verificação de maior taxa de mortalidade nos indígenas de sexo masculino (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Coloma et al., 2006) corrobora a revisão sistemática realizada por Pollock, Naicker, Loro, Mulay e Colman (2018), acerca da taxa global de suicídio em indígenas, na qual os autores descobriram que os homens constituíram a maioria das mortes por suicídio em todos os estudos. Na população geral do Brasil, o risco de suicídio no sexo masculino é aproximadamente quatro vezes maior que no feminino, embora o risco tenha aumentado, ao longo do tempo, para ambos os sexos (Ministério da Saúde, 2017).

Estudos descreveram os locais de óbito, havendo destaque para a ausência de óbitos por suicídio em contexto hospitalar (Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013). Na população geral, a ocorrência de suicídios em hospitais é alta (Botega, 2014). Tal discrepância pode estar relacionada com o fato de que os povos indígenas, por pertencerem a uma dada raça/etnia, têm seu acesso aos serviços de saúde restrito (Souza, 2019), ainda que a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tenha buscado superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população (Coimbra & Santos, 2000). Essa hipótese dialoga com os achados na população geral, na qual a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde mental é um dos fatores que contribuem para o risco de suicídio (Ministério da Saúde, 2015).

No âmbito de tal discussão, na população geral, mais de 90% dos casos de suicídio avaliados apresentavam sintomas que preencheriam critérios para o diagnóstico de transtorno mental (Bertolote & Fleischmann, 2002). A ausência do mapeamento de possíveis transtornos mentais associados aos comportamentos suicidas nos estudos encontrados pode ser uma lacuna na compreensão e prevenção desse fenômeno no contexto indígena. Ao mesmo tempo, deve-se considerar a complexidade da transposição de conceitos do universo ocidental para o indígena (Souza, 2019) e que um estudo acerca da saúde mental dos povos indígenas é, necessariamente, multidisciplinar, não cabendo apenas à psiquiatria e psicologia o protagonismo na discussão dos fenômenos em questão (Vianna, Cedaro, & Ott, 2012).

Por sua vez, o álcool foi indicado como presente nos contextos de suicídio indígena (Orellana et al., 2016; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Victal et al., 2019; Souza, 2019), o que encontra ressonância nas indicações da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (Funasa, 2002), nas quais o alcoolismo e sua relação com a violência aparecem

entre as sete situações especiais a serem prioritariamente enfrentadas, dada a sua complexidade e relevância sanitária. A gravidade e a urgência da solução desse problema são ratificadas pela Política de Atenção à Saúde Mental das Populações Indígenas (Ministério da Saúde, 2007).

Considerando que, no contexto indígena, há “uma complexa conjuntura social que compõe o quadro de fatores propiciadores da consumação do ato” (Ministério da Saúde, 2017), os estudos apontaram fatores externos para explicar os óbitos por suicídio, havendo destaque para o reassentamento e realocação das terras (Orellana et al., 2016; Souza, 2019). Segundo Machado e Santos (2015), a falta de pertencimento a um território pode afetar uma comunidade indígena, pois o espaço físico tem um papel político e social fundamental para sua organização, e cada vez mais eles sofrem os impactos da falta de demarcação dos seus territórios e das desapropriações de suas terras. A demarcação de terras, porém, “não esgota os desafios de sobrevivência dos povos indígenas”, que vivenciam relações de subalternização com o estado brasileiro (Souza, 2019).

De acordo com Bom Meihy (1994), compreender o suicídio indígena a partir de fatores “de fora” é insuficiente na medida em que desconsidera a mais importante das explicações, que é a da população indígena sobre a morte. O autor aponta que tal compreensão tenta submeter, incorporar ou anular a população indígena como sujeitos, desconsiderando sua cosmovisão, reconhecimento da representação do universo simbólico da comunidade a partir de suas crenças e valores construídos ao longo da história por seus antepassados (Bom Meihy, 1994). As singularidades e respectivas cosmovisões, em uma dimensão singular, devem, pois, ser consideradas, sendo necessário pesquisar como os próprios indígenas dão sentido ao fenômeno do suicídio (Souza, 2019).

Ao mesmo tempo, deve-se entender que as condições objetivas e sociais do modo de vida tradicional, quando não garantidas, impõem limitações ao bem viver indígena, fazendo prevalecer o sofrimento, inclusive com impulso para o suicídio (Teixeira, 2016). Antonísio Lulu Darã (2010), liderança indígena, descreveu uma região na qual estava acontecendo muitos suicídios pela ausência de terra, de rios, moradia, material para o artesanato, questionando: “para os nossos antepassados, a natureza era os nossos conselheiros e psicólogos, porque quando o índio está dentro da aldeia ele pega a flecha, pega o arco dele, vai para dentro da mata e lá ele vai refletir. E hoje, como fazer isso?” (Darã, 2010).

Os estudos apresentam algumas propostas de enfrentamento que podem contribuir para a prevenção do suicídio, uma vez que esta é uma morte evitável e, diferente de outros agravos, há ferramentas para sua contenção disponíveis (OMS, 2012). Dentre os fatores de proteção e prevenção do suicídio preconizados mundialmente, a OMS (OMS, 2006) destaca as iniciativas

de suporte psicossocial para a comunidade, sobretudo para famílias e grupos com histórico de tentativas de suicídio e abuso de álcool e outras drogas. Tais ações devem contemplar a triagem, acolhimento, monitoramento e avaliação nos territórios, respeitando as diferenças culturais de cada povo, valorizando os saberes tradicionais, em parceria com o conhecimento científico (Souza, 2016).

Acerca da elaboração de novos estudos (Orellana et al., 2013), destaca-se a utilização de métodos combinados, de mais pesquisas epidemiológicas e do uso de instrumentos, como a entrevista de autópsia psicológica, além da inserção e necessidade de estudos etnográficos que dialoguem com diferentes áreas do conhecimento. Para se conhecer melhor o comportamento suicida em comunidades indígenas, faz-se necessário o uso de delineamentos quali-quantitativos (Souza, 2019; Brasil, 2019; Hoifodt, Talseth, & Olstad, 2007), que auxiliam na compreensão do fenômeno, tanto individual quanto socialmente.

4.4 Considerações Finais

Sumarizar os estudos (Lazzarini et al., 2018; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Júnior, 2017; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Souza & Orellana, 2012; Coloma et al., 2006; Victal et al., 2019; Souza, 2019) que retratam, por meio de delineamento populacional, o cenário nacional do suicídio nos povos indígenas permitiu ampliar a compreensão desse complexo problema de saúde pública. Os estudos demonstraram que há maior incidência de suicídio em pessoas do sexo masculino, solteiros, com 4 a 11 anos de escolaridade, na faixa etária de 15 a 24 anos, no domicílio, tendo como principal método o enforcamento e mais frequentemente nos finais de semana. Os principais fatores de risco para o suicídio encontrados foram pobreza, desvantagem socioeconômica, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem-estar, desintegração das famílias, vulnerabilidade social e falta de sentido de vida e futuro.

Tais achados podem contribuir para a construção de uma política de saúde que vise à prevenção do suicídio indígena, além de impulsionar ações que busquem a garantia dos direitos das populações indígenas e de intervenções com foco na população não indígena para o combate do preconceito e demais violências. Sugere-se o investimento em pesquisas que englobem um número maior de etnias para a compreensão do suicídio aliada à cosmovisão destas populações, bem como a adoção de estudos por meio dos sistemas de informação em saúde, utilizando critérios claros e válidos para estas populações. A parceria entre comunidades indígenas,

serviços de saúde e as universidades pode constituir um caminho assertivo para a elaboração de tais ações de pesquisa e intervenção.

Referências

- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM.
- Azuero, A.J. et al. (2017). Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. *sai Colomb Psiquiatr*.6(4), 237-242. doi: 10.1016/j.rcp.2016.12.002.
- Bertolote, J.M. & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, (1), 181-185.
- Bom Meihy, J.C.S. (1994). A morte como apelo para a vida: o suicídio. In: Santos, R.V. & Coimbra Jr., C.E. (Orgs.) *Saúde e povos indígenas*. 243-251. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Botega, N. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300231&script=sci_abstract&tlng=pt
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. *Manual de Investigação/Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas*. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde.
- Coimbra Jr., C.E.A & Santos, R.V. (2000). Minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*; 5(1):125-32. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232000000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Coloma, C. J., Hoffman, J. & Crosby, A. (2006). Suicide Among the Guarani Kaiowá and Nandeva in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arch Suicide Res*, 10(2), 191-2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300006>. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300006
- Dará, A.L. (2010). *Manifestações de lideranças indígenas*. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org.). Psicologia e povos indígenas. São Paulo: CRPSP.
- Fundação Nacional de Saúde. (2002). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2ª ed.. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Recuperado a partir de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
- Hoifodt, T.S., Talseth, A.G. & Olstad, R.A. (2007). Qualitative study of the learning process in young treating suicidal patients: from insecurity to personal pattern knowledge and self-confidence. *BMC Medical Education*, 6, 7(21). Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17612413>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Características Gerais dos Indígenas – Resultado do Universo: Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado a partir de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=795&view=detalhes>
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide among aboriginal people in Canada*. Ottawa: The Aboriginal Healing Foundation. Recuperado a partir de: <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/2007-AHF-suicide.pdf>
- Kuipers, P., Appleton, J. & Pridmore, S. (2012). Thematic analysis of key factors associated with Indigenous and non-Indigenous suicide in the Northern Territory, Australia. *Rural Remote Health*. 12, 2235. Recuperado a partir de: <https://core.ac.uk/download/pdf/143865848.pdf>
- Lazzarini, T. et al. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista De Saúde Pública*, 52(56). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000541>.
- Lucchese, P.T.R. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 8(2), 439-448. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>
- Machado, D.B. & Santos, D.N. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45-54. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
- Ministério da Saúde. (2007). Portaria nº 2.759 (25, outubro, 2007). Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o comitê Gestor Brasil. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena. Área técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais - CGAPSI/DASI/SESAI. *Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 48(30) –ISSN 2358-9450. Recuperado a partir de: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017–2018*. Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & Group P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS*; 6(7), 2-9. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mullany, B., Barlow, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Cwik, M., & Craig, M., et al. (2009). Toward understanding suicide among youths: results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001-2006. *Am J Public Health*, (99), 1840-8. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741522/>
- Mullany, B., Barlow, A., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Cwik, M., Craig, M., & Walku, J. T. P. (2010). Toward Understanding Suicide Among Youths: Results from the White Mountain Apache Tribally Mandated Suicide Surveillance System, 2001-2006. *Am J Public Health*, 99(10), 1840-8. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741522/>
- Orellana, J. D., Balieiro, A. A., Fonseca, F. R., Basta, P. C., & Souza, M. L. P. (2016). Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(3), 222-230. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1720>
- Orellana, J. D. Y., Basta, P. C., & Souza, M. L. P. de. (2013). Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 658-669. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300010>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para Professores e Educadores. Transtornos mentais e comportamentais- Departamento de saúde mental*. OMS: Genebra. Recuperado a partir de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf;jsessionid=8B9A8A3A720874FBCD742833052FFBB0?sequence=5
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros*. OMS: Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura*. Departamento de Saúde Mental. Genebra: OMS.
- Owens, C. & Lambert, H. (2012). Mad, bad or heroic? Gender, identity and accountability in lay portrayals of suicide in late twentieth-century England. *Medicine and Psychiatry*, 36: 248-371. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434154>
- Owens, C., Lambert, H., Lloyd, K., & Donavon, J. (2008). Tales of biographical disintegration: how parents make sense of their sons suicides. *Sociology of health & Illness*, 30(2), 237-254. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18290934>

- Paiva, M.V.S. (2016). Cultura indígena e identidade nacional. *Revista Temas em Educação e Saúde*, Araraquara, 12(2), 230-245. ISSN: 1517-7947
- Pollock, N. J., Naicker, K., Loro, A., Mulay, S., & Colman, I. (2018). Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Med.* 16(1), 145. doi: 10.1186/s12916-018-1115-6.
- Silburn, S., Glaskin, B., Henry, D., & Drew, N. (2010). Preventing Suicide Among Indigenous Australians. In: Purdie N, Dudgeon P. & Walker R, (eds). *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice*. p. 91-104. Canberra: Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Health, Department of Ageing.
- Silviken, A. (2009). Prevalence of suicidal behavior among indigenous Sami in northern Norway. *Int J Circumpolar Health*; 68(3), 204-11. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705653>
- Souza, M. L. P. (2013). *Processos de alcoolização indígena no Brasil: Perspectivas plurais*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Souza, M. L. P. (2016). Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. *Saude soc.[online]*. 25(1), 145-159. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00145.pdf>
- Souza, M.L.P. de (2019). Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 35(15), e00019219. Recuperado a partir de: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/819/mortalidade-por-suicidio-entre-criancas-indgenas-no-brasil>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019219>
- Souza, M.L.P. & Ferreira, L.O. (2014). Jurupari se suicidou? notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1064-1076. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000301064&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 17 de outubro de 2019
- Souza, R.S.B., Oliveira, J.C. & Teodoro, M.L.M. (2019). Construção de um Instrumento para Avaliar o Uso de Bebidas Alcolólicas em uma Etnia Indígena de Minas Gerais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, (39), 1-11. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003176628>.
- Souza, M. L. P. de & Onety Júnior, R.T. da S. (2017). Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4), 887-893. Recuperado a partir de <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400019>
- Souza, M.L.P. & Orellana, J.D.Y. (2012). Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 34, 489-492. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400017

- Souza, M.L.P. & Orellana, J.D.Y. (2013). Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(4), 245-252. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000400001>
- Sumarokov, Y.A., Brenn, T., Kudryavtsev, A.V., & Nilssen, O. (2014). Suicides in the indigenous and non-indigenous populations in the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia, and associated socio-demographic characteristics. *Int J Circumpolar Health*, 6 (73), 24308. doi: 10.3402/ijch.v73.24308. eCollection 2014. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25006556>
- Teixeira, L.C. (2016). A psicologia na promoção do bem viver indígena. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). *Povos indígenas e psicologia: a procura do bem viver*. São Paulo: CRP SP.
- Vianna, J. J. B., Cedaro, J. J., & Ott, A. M. T. (2012). Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 94-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000100011>. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822012000100011&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Victal, V.V.J.R.C., Aguiar, B.T., Xavier Júnior, A.F.S., & Cabral Júnior, C.R. (2019). Suicídio e povos indígenas no Brasil. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*, Aracaju, 7(3), 49-60, abr. 2019. DOI: 10.17564/2316-3798.2019v7. Recuperado a partir de: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/6213/pdf>.
- Von Elm, E., Altman, D.G., Egger, M., Pocock, S.J., Gotsche, P.C., & Vandembroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*; (61),344-9.
- Weizelfisz, J. J. (2014). *Os jovens do Brasil: mapa da violência*. Rio de Janeiro. Recuperado a partir de: https://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php

5 ESTUDO 2 - SUICÍDIO E POVOS INDÍGENAS: CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS DE 2000 A 2013 NO BRASIL

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza¹

Juliana Alvares Teodoro²

Camila Peixoto³

Leonardo V. Dias⁴

Augusto A. Guerra Junior⁵

Maycoln Leôni Martins Teodoro⁶

1. Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza: psicólogo e doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicologia: cognição e comportamento da UFMG.
2. Juliana Alvares Teodoro: farmacêutica, coorientadora e professora do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFMG.
3. Camila Peixoto: discente do curso de psicologia da UFMG e bolsista de iniciação científica LABCOG.
4. Leonardo V. Dias: Técnico bioinformática - Universidade Federal de Minas
5. Augusto A. Guerra Junior: Professor do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia - UFMG.
6. Maycoln Leôni Martins Teodoro: psicólogo, orientador e professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia: cognição e comportamento da UFMG.

Resumo

O suicídio é um grave problema de saúde pública, sendo a causa de uma morte a cada 40 segundos no mundo. Entre os grupos com maior vulnerabilidade e risco estão os povos indígenas, cujas taxas de suicídio são maiores do que as da população não indígena em vários países, inclusive no Brasil. Grande parte dos estudos epidemiológicos nacionais sobre suicídio indígena são regionais ou cobrem períodos curtos de tempo, havendo carência de dados centralizados que sejam mais abrangentes. O objetivo deste estudo foi descrever e discutir as características dos óbitos por suicídio registrados entre indígenas de 2000 a 2013 no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a partir das características sociodemográficas (escolaridade, faixa etária, estado de residência) e de ocorrência (causa básica, tipo, local e método), segundo o sexo. Por meio de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo, investigativo e seguindo uma abordagem quantitativa dos dados, foram encontrados 1.119 registros, distribuídos de forma crescente ao longo dos anos, e uma taxa de 10,52 a cada 100 mil habitantes, 2,2 vezes maior do que a taxa na população brasileira geral. Taxas maiores foram descobertas entre os homens (2,5 vezes maior do que entre as mulheres), entre indígenas de 15 a 24 anos (27,78/100 mil hab.) e na região Centro-Oeste (34,07/100 mil hab.). O estado civil solteiro e a escolaridade de 4 a 7 anos foram os mais frequentes, dentro de cada uma das categorias sociodemográficas. Em relação aos óbitos, o local próprio domicílio e o método de enforcamento foram os mais frequentes para ambos os sexos, seguido dos métodos intoxicação entre os homens e arma de fogo entre as mulheres. O suicídio indígena não apresenta as mesmas características da população geral e, como fenômeno multicausal, fazem-se necessárias análises desagregadas para que se produzam conhecimentos úteis à sua prevenção e intervenção. Espera-se que este estudo possa subsidiar esforços dedicados a elaboração e melhoria de políticas públicas em saúde indígena no Brasil e incentivar que mais pesquisas sejam desenvolvidas a fim de compreender as diferenças apresentadas.

Palavras-chave: Suicídio. População Indígena. Epidemiologia descritiva.

Abstract

Suicide is a serious public health problem, being the cause of 1 death every 40 seconds in the world. Among the most vulnerable groups are indigenous peoples, whose suicide rates are higher than that of the non-indigenous population in several countries, including Brazil. Most of the national epidemiological studies on indigenous suicide are regional or cover short periods of time, with a relative lack of extensive centralized data. The objective of this study was to describe and discuss the characteristics of deaths by suicide registered among indigenous people from 2000 to 2013 in the Mortality Information System (SIM), based on the sociodemographic characteristics (education, age group, state of residence) and occurrence (basic cause, type, location and method), according to sex. There were 1,119 records found, distributed in an increasing way over the years, and a rate of 10.52 per 100 thousand inhabitants, 2.2 times higher than the rate in the general Brazilian population. Higher rates were found among men (2.5 times higher than among women), among Indians aged 15 to 24 (27.78/100 thousand inhab.) And in the Midwest region (34.07/100 thousand inhab.). Single marital status and schooling from 4 to 7 years were the most frequent, within each of the sociodemographic categories. In relation to deaths, the home location and the hanging method were the most frequent for both sexes, followed by the intoxication methods among men and firearms among women. Indigenous suicide does not have the same characteristics as the ones of the general population and, as a multicausal phenomenon, disaggregated analyzes are necessary in order to produce useful knowledge for its prevention and intervention. It is hoped that this study will support efforts dedicated to the elaboration and improvement of public policies on indigenous health in Brazil and encourage more research to be developed in order to understand the differences presented.

Keywords: Suicide. Indigenous Population. Descriptive epidemiology.

O suicídio, na atualidade, é visto como um grave problema de saúde pública que afeta famílias, comunidades e países inteiros, e produz efeitos duradouros em todos, de forma direta ou indireta. A cada 40 segundos, uma pessoa morre por suicídio no mundo, gerando mais de 800 mil ocorrências por ano, sendo esta a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (OPAS, 2018). Diante deste cenário, foi elaborado o Plano de Ação para a Saúde Mental (2015-2020), a partir do qual todos os Estados Membros da OMS se comprometem a trabalhar para o cumprimento da meta global de reduzir a taxa de suicídio em 10% até 2020. Para tanto, são desenvolvidas ações específicas, voltadas para grupos vulneráveis e com maior risco, entre eles os povos indígenas (WHO, 2014).

A alta prevalência de comportamento suicida entre indígenas de diferentes etnias e regiões ao redor do mundo é um fenômeno conhecido, sendo que o número de casos entre esses povos é superior ao da população não indígena em vários países (UN, 2015; WHO, 2002). Ainda que cada grupo apresente peculiaridades, devendo haver cautela com generalizações, elevadas taxas foram averiguadas em estudos na Austrália (Campbell, Balaratnasingam, McHugh, Janca & Champman, 2016; Kuipers, Appleton & Pridmore 2012; Soole, Kølves & De Leo, 2014), Suécia (Kaiser & Renberg, 2012), Noruega (Silviken, 2009), Rússia (Sumarokov, Brenn, Kudryavtsev, & Nilssen, 2014), Canadá (Kirmayer, 2007), Estados Unidos (Mullany et al., 2009) e também no Brasil (Oliveira & Lotufo Neto, 2003).

Ser indígena pode significar maior exposição a diversos fatores de risco, como desigualdades sociais, uso de drogas e discriminação racial, deixando esta população entre os grupos com os maiores índices de morte por suicídio (Malta et al., 2017). Dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) permitem estimar que a taxa de mortalidade por suicídio neste grupo no Brasil (em média de 19,7 por 100 mil para o período de 2013 a 2016) é quase quatro vezes maior do que a taxa entre o restante da população brasileira não indígena. Considerados um dos povos que contribuíram para a formação da população brasileira, os indígenas possuem uma grande diversidade cultural e linguística, que não permite classificá-los como um grupo homogêneo. No último censo (IBGE, 2012), foram registradas 305 etnias, com 274 diferentes línguas. Esta população era formada, em 2010, por 896.917 pessoas, das quais 517.383 (57,7%) residiam em terras indígenas. O censo do IBGE (2012) aponta ainda que na Região Norte habitam 48,7% da população nativa do país e estão 98,33% das terras demarcadas, que perfazem 13,80% do território brasileiro. As taxas de suicídio são até dez vezes maiores em regiões como oeste do Amazonas e sul do Mato Grosso do Sul, o que corrobora a ideia de que o fenômeno não é homogêneo ou generalizado para todas as etnias e comunidades indígenas brasileiras (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo Coimbra Jr. (2014), menor acesso a moradia adequada, esgotamento sanitário, água, alimentos e serviços de saúde e de rede elétrica impactam profundamente o estado de nutrição, desenvolvimento e saúde dos povos indígenas no Brasil. Assim, existem consequências graves sobre o bem-estar e a qualidade de vida das comunidades como um todo, prejudicando profundamente a capacidade dos povos de se manterem e preservarem sua identidade e cultura.

O *Inquérito Nacional de Saúde Indígena* (Coimbra Jr., 2014) expõe más condições de saneamento e elevada incidência de desnutrição crônica, anemia, diarreia e infecções respiratórias agudas nas crianças, além de crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres indígenas. Segundo Barreto, Cardoso e Coimbra Jr. (2014), a prevalência de desnutrição entre crianças Guarani supera 50%, sendo 7,2 vezes maior do que o registrado entre crianças da população geral, e a prevalência de anemia é de 65,2%, 3,1 vezes maior que entre as crianças não indígenas. Também são mais frequentes entre indígenas as internações por infecções respiratórias (Farias, Leite, Siqueira, & Cardoso, 2019), os óbitos por tuberculose e as taxas de abandono do tratamento dessa doença por crianças e adolescentes (Vianna, Codenotti, Bierrenbach, & Basta, 2019), assim como o inadequado acompanhamento pré-natal a gestantes (Garnelo et al., 2019). O censo do IBGE (2012) confirma ainda que esta população apresenta nível educacional mais baixo do que os não indígenas, com 23,4% de analfabetismo entre indígenas com idade a partir de 15 anos, havendo menores índices de analfabetismo entre indígenas desaldeados.

Somados à situação de vulnerabilidade, os povos indígenas sofrem com diversos tipos de violência, que podem ocorrer por vias indiretas ou diretas. Indiretamente, a situação de violência é oriunda dos prejuízos causados por contaminação ou exploração dos recursos e das terras fundamentais à sobrevivência, bem como da negligência em relação aos serviços e ao acesso a direitos básicos, que muitas vezes não passam por uma adaptação intercultural, em que seriam respeitadas as diferenças étnicas e territoriais de cada povo. Esse quadro amplifica o crescente processo de aculturação e de corrosão das tradições e línguas nativas e de invisibilização das necessidades particulares desses grupos, influenciada pela insuficiência de esforços na coleta de dados. Também há necessidade de uma análise desagregada, que possa analisar as informações da população indígena separadamente do restante da população geral. Diretamente, a violência pode estar relacionada à disputa por terras e recursos, discriminação, exclusão do mercado de trabalho, desigualdade salarial e perseguição política (Anderson et al., 2016; Hall & Patrinos, 2010; IWGIA, 2019; Stephens, Porter, Nettleton, & Willis, 2006; UN, 2019; Paradies, 2016).

Todo esse quadro de vulnerabilidade e violência produz impactos nos povos indígenas, especialmente nos grupos mais jovens. De acordo com o *Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde* (2017), 44,8% dos casos de suicídio indígena ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos, oito vezes mais que os 5,7% entre brancos, pardos e negros nessa mesma faixa etária no Brasil (Ministério da Saúde, 2017). Além disso, o estudo aponta que os métodos mais frequentemente empregados por essa população são enforcamento (81,6%) e autointoxicação (9,6%), em oposição aos 61,9% e 17,7% de cada método, respectivamente, para a população não indígena (Ministério da Saúde, 2017, 2019).

Um número pequeno, mas cada vez maior, de estudos epidemiológicos em contextos indígenas vêm confirmando as elevadas taxas e investigando as particularidades da mortalidade por suicídio entre povos indígenas no Brasil. A revisão sistemática conduzida por Souza, Oliveira, Alvares-Teodoro e Teodoro (no prelo), realizada sobre essas investigações no cenário nacional, identificou oito artigos publicados entre os anos 2006 e 2018 que utilizaram o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) como fonte de dados. Entre os principais achados, os autores verificaram que a maioria dos estudos foi realizada no estado do Mato Grosso do Sul, que também apresenta a maior taxa registrada de suicídios entre os indígenas. No último estudo publicado sobre o comportamento suicida em povos indígenas no Brasil, Victal e colaboradores (2019) observaram que, de 2005 a 2014, a taxa de mortalidade por suicídio do Brasil, sem registrar diferenças por etnias, foi alta (10,50 por 100 mil hab.) quando comparada às outras etnias, mesmo com esta população apresentando um número de óbitos por suicídio inferior (N= 935).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é composto de informações obtidas a partir das Declarações de Óbitos (DO). Os dados desse sistema compõem as estatísticas vitais, que subsidiam a elaboração de estudos e o desenvolvimento de intervenções em saúde (Garcia & Reis, 2016). No SIM, os dados referentes ao comportamento suicida no território nacional são registrados como “violência autoinfligida”.

Estudos que investigaram a mortalidade por suicídio entre indígenas em localidades específicas no Brasil (Coloma, Hoffman, & Crosby, 2006; Grubits, Freire, & Noriega, 2011; Orellana, Balieiro, Fonseca, Basta, & Souza, 2016; Lazzarini et al., 2018) não podem ter seus dados e conclusões generalizados para todo o território nacional, considerando as variações por região, por sexo e etnia. Em face do exposto, fica evidente, portanto, a urgência de novos estudos que contemplem todas as diferentes regiões e etnias brasileiras, pois, para se pensar em políticas de saúde e prevenção do comportamento suicida, faz-se necessária, em primeiro lugar, uma análise epidemiológica que contemple todo o território nacional e suas diferenças

regionais, econômicas e culturais (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009), que poderão então ser estudadas de forma mais particularizada em estudos de menor abrangência futuramente.

Assim, de forma a oferecer ao SUS informações seguras acerca da mortalidade por suicídio entre os povos indígenas no cenário nacional e subsidiar a implementação de políticas públicas voltadas especificamente para essa população no Brasil, o presente estudo tem como objetivo estimar as taxas de suicídio entre indígenas, utilizando dados do SIM, considerando o período de 2000 a 2013. Também se pretende verificar as características sociodemográficas (escolaridade, faixa etária e estado de residência) e o perfil dos óbitos (causa básica, tipo, local e método), buscando estabelecer possíveis relações entre o suicídio e as variáveis sociodemográficas.

5.1 Método

5.1.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo, investigativo e seguindo uma abordagem quantitativa dos dados.

5.1.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados utilizados neste estudo são provenientes da Base Nacional de Dados do SUS, construída por meio de pareamento probabilístico e determinístico de informações dos sistemas de saúde do Ministério da Saúde do período de 2000 a 2015 (Guerra Junior et al., 2018; Queiroz et al., 2009), a saber:

Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que inclui dois subsistemas com diferentes atribuições: a base de procedimentos ambulatoriais individuais (BPAI), e a autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (APAC). Estes subsistemas cobrem todos os procedimentos ambulatoriais, consultas, códigos dos diagnósticos primários e secundários (segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão — CID-10), as quantidades produzidas e o quanto o SUS pagou por esses procedimentos. Também compõem essa base os medicamentos de alto custo/complexidade dispensados para uso ambulatorial. As informações registradas nessa base são o nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento,

endereço residencial completo, sexo, número do CPF (cadastro de pessoa física) e do CNS (cartão nacional de saúde).

Sistema de Informações Hospitalares (SIH): cobre todos pacientes internados e os procedimentos hospitalares realizados, bem como dados de alta, transferências e mortes. Os dados incluem datas de internação e alta, CID-10 primário e secundário, códigos de procedimentos realizados e os custos. A base contém o nome completo do paciente e do acompanhante, data de nascimento, endereço completo, CPF ou CNS do paciente.

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): inclui a data e a causa da morte, além das causas secundárias do óbito (codificadas utilizando o CID-10). Contém os dados pessoais e nome completo do indivíduo, nome completo da mãe e do pai, data de nascimento, endereço completo e CNS.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): inclui as notificações compulsórias de doenças ou condições sob vigilância. Os dados disponíveis são a doença, data de início, método diagnóstico e sorotipo (quando apropriado). Também são incluídos dados de testes microbiológicos de rotina realizados e os dados pessoais dos pacientes.

Neste estudo serão utilizados os dados do SIM, do período de 01/01/2000 até 31/12/2013. O período selecionado está condicionado à disponibilidade das informações da Base Nacional de Dados do SUS e, por este motivo, foi feito o recorte de 2000 a 2013. As informações relativas à população residente no Brasil e suas macrorregiões foram obtidas do Censo Demográfico de 2010 dos povos indígenas e das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os demais anos, por meio do SIDRA (Sistema IBGE de Recuperação Automática).

Os dados sociodemográficos foram coletados do CENSO (2010) sobre os povos indígenas, no qual são classificados como: Declararam-se indígenas; Não se declararam indígenas, mas se consideravam indígenas; Não se declararam indígenas, nem se consideravam indígenas; Sem declaração. No presente estudo, considerou-se, para o cálculo das taxas, a população indígena brasileira que se autodeclarou indígena no Censo do IBGE de 2010.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa — COEP/UFMG — sob o Parecer nº 16334413.9.0000.5149, como regulamentado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016.

5.1.1.3 Definição de variáveis

A população de estudo refere-se a todos os registros de óbitos de indígenas por suicídio no Brasil, analisados por sexo no período de 2000 a 2013. Foram considerados suicídios os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, codificadas como X 60 a X 84, segundo a CID-10.

5.1.4 Análise dos Dados

Serão apresentadas as frequências absolutas dos óbitos, estratificadas por ano do óbito, faixa etária, estado civil, escolaridade, cidade e região onde ocorreu o óbito e método utilizado. Perpassando todas essas categorias (exceto ano e cidade/região), foram apresentadas as frequências absolutas e relativas (taxas) separadas por sexo (feminino e masculino). A falta de separação por sexo nas variáveis “cidade” e “região de ocorrência” se deve ao fato de que, atualmente, o SIDRA não disponibiliza essa informação na base pública disseminada pelo IBGE.

Foram calculadas as taxas de suicídio tendo como referência a população de 817.963 pessoas que se autodeclararam indígenas no Censo de 2010. Para este cálculo foi considerada a média de suicídios nos 13 anos estudados multiplicada por 100 mil habitantes e dividida pelo número de indivíduos que se declararam indígenas ($((\text{número de óbitos/anos de investigação}) \times 100.000)/\text{população}$). Para a categorização das taxas de mortalidade foi utilizada a classificação de Diekstra e Gulbinat (1993), que define os níveis da seguinte forma: nulas (0); baixas (0,1 a 4,9/100 mil); médias (5,0 a 14,9/100 mil); altas (15,0 a 29,9/100 mil); e muito altas (iguais ou superiores a 30,0/100 mil). Para a construção das tabelas e cálculo das taxas foi utilizado o programa Microsoft Office Excel (2010).

5.2 Resultados

O SIM registrou, no período de 2000 a 2013, um total de 1.119 óbitos por suicídio na população indígena brasileira, com taxa total média de mortalidade de 10,52 a cada 100 mil habitantes (Tabela 2). No ano de 2013, foi registrado o maior número total de óbitos por suicídio (10,10%; n=113), sendo 2001 o ano com menor número total de registros (4,02%; n=75). Considerando a classificação de Diekstra e Gulbinat (1993), ao longo dos 14 anos compreendidos nesse estudo, as taxas anuais totais se mantiveram dentro da faixa média (entre

5 e 14,9/100 mil). Cabe destacar que, quando considerado o sexo dos indivíduos, essa característica se modifica substancialmente. A taxa de suicídio entre indígenas homens mantém-se média até o ano de 2007, passando para alta nos seis anos que se seguem (2008 a 2013). O mesmo não acontece com a taxa feminina, que passa de baixa para média, a partir de 2003, mantendo-se média ao longo dos anos (exceto em 2004 e 2007, com taxas baixas).

Duas características gerais foram observadas. A primeira delas é que há crescimento constante nas taxas ao longo dos anos, com algumas exceções (reduções entre as mulheres). Em segundo lugar, percebe-se que as taxas totais são influenciadas por diferenças de sexo, sendo as taxas de suicídio entre homens maiores do que entre mulheres em todos os anos estudados.

Tabela 2 - Frequência de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por ano e sexo, no período de 2000 a 2013, no Brasil

Ano do óbito	Masculino		Feminino		Total	
	Óbitos n (%)	Taxa	Óbitos n (%)	Taxa	Óbitos n (%)	Taxa
2000	33 (4,12)	8,05	17 (5,35)	4,17	50 (4,47)	6,11
2001	30 (3,75)	7,32	15 (4,72)	3,68	45 (4,02)	5,50
2002	45 (5,62)	10,98	19 (5,97)	4,66	64 (5,72)	7,82
2003	43 (5,37)	10,49	23 (7,23)	5,64	66 (5,90)	8,07
2004	56 (6,99)	13,66	12 (3,77)	2,94	68 (6,08)	8,31
2005	53 (6,62)	12,93	27 (8,49)	6,62	80 (7,15)	9,78
2006	57 (7,12)	13,91	25 (7,86)	6,13	82 (7,33)	10,02
2007	59 (7,37)	14,39	16 (5,03)	3,92	75 (6,70)	9,17
2008	76 (9,49)	18,54	24 (7,55)	5,88	100 (8,94)	12,23
2009	69 (8,61)	16,83	26 (8,18)	6,37	95 (8,49)	11,61
2010	66 (8,24)	16,10	27 (8,49)	6,62	93 (8,31)	11,37
2011	66 (8,24)	16,10	32 (10,06)	7,84	98 (8,76)	11,98
2012	63 (7,87)	15,37	27 (8,49)	6,62	90 (8,04)	11,00
2013	85 (10,61)	20,74	28 (8,81)	6,86	113 (10,10)	13,81
Total	801 (71,58)		318 (28,42)		1119 (100,00)	-

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Nota: Taxa de mortalidade por suicídio anual, calculada a partir dos dados do Censo 2010 para uma população de 100.000 habitantes.

Considerando-se a faixa etária na qual ocorreu o óbito (Tabela 2), constata-se que a segunda fase da adolescência e o início da fase adulta (faixa entre 15 e 24 anos) são os períodos com maior ocorrência total de suicídios. Por sexo, os homens apresentam maiores taxas na faixa etária de 15 a 24 anos (41,11 por 100 mil habitantes, considerada muito alta); já as mulheres apresentam a maior taxa na faixa etária de 10 a 14 anos, de 14,15/100 mil, que é classificada

como baixa, tendo metade dos óbitos sido registrados neste período. Nessa faixa etária, de 15 a 24 anos, a taxa de suicídio é alta, enquanto nas demais faixas ela é média (10 a 14 anos e 25 a 49 anos) ou baixa (0 a 9 anos e 50 anos ou mais). Levando-se em conta apenas o grupo masculino de 15 a 24 anos, a taxa é de 41,10/100 mil (muito alta), mais do que o dobro da taxa feminina para essa mesma faixa etária (14,03/100 mil). Foram registrados apenas quatro óbitos por suicídio em crianças de 0 a 9 anos ao longo do período avaliado, a menor taxa entre todas as faixas etárias. O suicídio entre indígenas com 50 anos ou mais apresentou a segunda menor taxa (4,17/100 mil), classificada como baixa, como visto na tabela 3.

Tabela 3 - População estimada, frequência de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por faixa etária e sexo, no período de 2000 a 2013, no Brasil

Faixa Etária	Masculino			Feminino			Total Geral		
	N	Óbitos n (%)	Taxa	N	Óbitos n (%)	Taxa	N	Óbitos n (%)	Taxa
0 a 9 anos	101931	2 (0,002)	0,2	99105	2 (0,002)	0,2	201036	4 (0,002)	0,2
10 a 14 anos	48089	57 (7,12)	9,12	46737	86 (27,04)	14,15	94826	143 (12,78)	11,60
15 a 24 anos	79150	423 (52,81)	41,11	76737	140 (44,03)	14,03	155887	563 (50,31)	27,78
25 a 49 anos	124112	262 (32,71)	16,24	122080	61 (19,18)	3,84	246192	323 (28,87)	10,09
50 anos ou +	56625	42 (5,24)	5,71	63397	23 (7,23)	2,79	120022	65 (5,81)	4,17
Não Informado	-	15 (1,87)			6 (1,89)			21 (1,88)	
Total	409907	801	15,03	408056	318	5,99	817963	1119	10,52

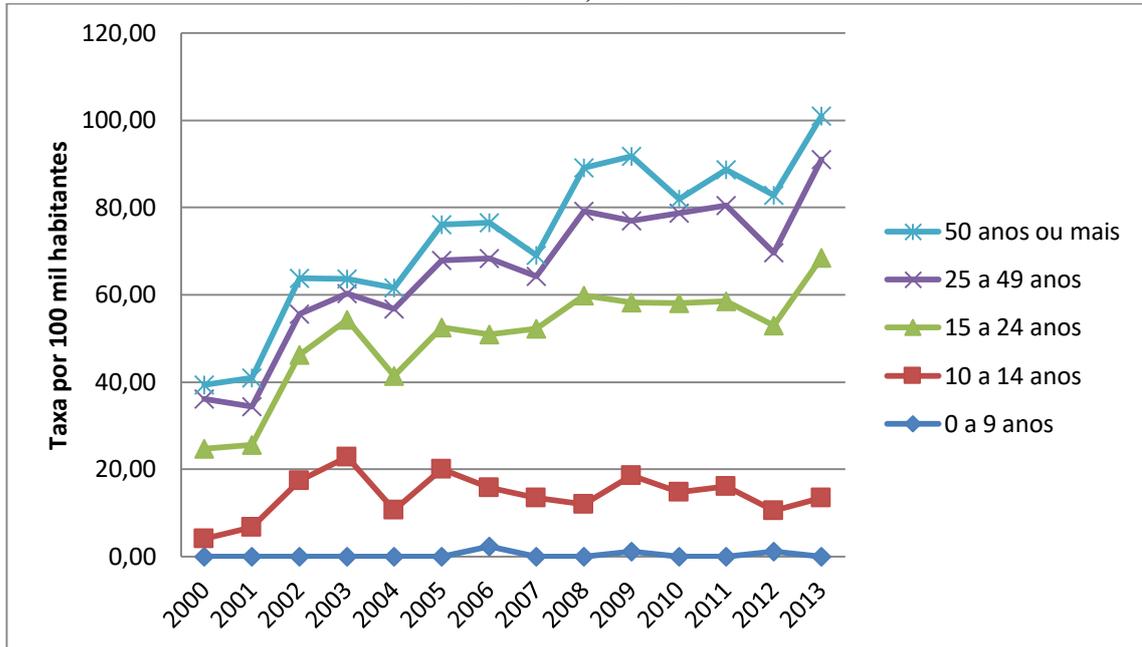
Legenda: N = População.

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Nota: Taxa de mortalidade por suicídio, calculada a partir dos dados do Censo 2010 para uma população de 100.000 habitantes.

Quando considerado o ano de ocorrência dos óbitos, algumas características ficam evidentes. No geral, percebe-se uma tendência de aumento ao longo dos anos, a despeito de algumas variações, dos óbitos por suicídio a partir dos 15 anos de idade. Entre os mais jovens (com 14 anos ou menos), as taxas se mantiveram ausentes ou muito baixas e com maior estabilidade. Pela análise da Figura 6, ficam claros três picos de crescimento: o primeiro ocorreu entre os anos de 2001 e 2003 nas faixas etárias de 10 a 24 anos, seguido pelo aumento nas taxas entre todas as faixas etárias (exceto de 0 a 14 anos) entre os anos de 2007 e 2008. Por fim, entre 2012 e 2013 também se evidenciam aumentos nas taxas de suicídio entre os adolescentes (10 a 14 anos), jovens adultos (15 a 24 anos) e adultos (25 a 49 anos).

Figura 6 - População estimada e taxa de mortalidade por suicídio, por ano e faixa etária, no período de 2000 a 2013, no Brasil



Fonte: SIM/DATASUS/MS

Nota: Taxa de suicídio anualizada e calculada a partir dos dados do Censo 2010 para uma população de 100 mil habitantes.

A Tabela 4 apresenta as frequências e percentuais de suicídios por estado civil, escolaridade e local de ocorrência do óbito. Devido à falta de informações no Censo do IBGE sobre a distribuição da população indígena nessas variáveis sociodemográficas, não foi possível calcular as taxas de suicídio, sendo apresentadas apenas as frequências absolutas e percentuais dos óbitos. Diante dessa lacuna de informação, também não foi possível precisar se as diferenças encontradas se devem a particularidades do suicídio ou ao número de indígenas que se encaixam em cada uma das categorias.

Em relação ao estado civil, como demonstrado na Tabela 3, a maior frequência de óbitos por suicídio foi entre solteiros (68,28%), tanto entre mulheres (69,81%) quanto entre homens (67,67%). Em contraposição, o número de suicídios foi ligeiramente menor entre as mulheres casadas (15,09%) do que entre homens casados (16,23%). Com o menor número de casos está o estado civil “separado”, com dois suicídios masculinos (0,25%) e nenhum feminino.

Tabela 4 - Frequência de óbitos por suicídio segundo estado civil, escolaridade, local de ocorrência e sexo, no período de 2000 a 2013

Estado Civil	Masculino	Feminino	Total
	Óbitos n (%)	Óbitos n (%)	Óbitos n (%)
Solteiro	542 (67,67)	222 (69,81)	764 (68,28%)
Casado	130 (16,23)	48 (15,09)	178 (15,91%)
Viúvo	06 (0,75)	06 (1,89)	12 (1,07%)
Separado	02 (0,25)	0 (0,0)	02 (0,18%)
União estável	45 (5,62)	13 (4,09)	58 (5,18%)
Ignorado	61 (7,62)	23 (7,23)	84 (7,51%)
Não informado	15 (1,87)	06 (1,89)	21 (1,88%)
Escolaridade			
Nenhuma	109 (13,61%)	56 (17,61%)	161 (14,75%)
1 a 3 anos	170 (21,22%)	57 (17,92%)	227 (20,29%)
4 a 7 anos	193 (24,09%)	88 (27,67%)	281 (25,11%)
8 a 11 anos	78 (9,74%)	28 (8,81%)	106 (9,47%)
12 e mais	13 (1,62%)	0 (0,0%)	13 (1,16%)
Ignorado	209 (26,09%)	70 (22,01%)	279 (24,93%)
Não informado	29 (3,62%)	19 (5,97%)	48 (4,29%)
Local de Ocorrência			
Hospital	34 (4,24%)	27 (8,49%)	61 (5,45%)
Outro estab. Saúde	01 (0,12%)	01 (0,31%)	02 (0,18%)
Domicílio	633 (79,02%)	166 (52,20%)	799 (71,40%)
Via pública	16 (1,99%)	11 (3,45%)	27 (2,41%)
Outros	112 (13,98%)	106 (33,33%)	218 (19,48%)
Ignorado	05 (0,62%)	07 (2,20%)	12 (1,07%)
Total geral	801 (71,58%)	318 (28,42%)	1119 (100%)

Fonte: SIM/DATASUS/MS

No que se refere à escolaridade, o suicídio mostrou-se mais frequente entre aqueles com quatro a sete anos de escolaridade (25,11%) e de forma equilibrada entre mulheres (27,67%; n=88) e homens (24,09%; n=193). Nota-se que quase 60% dos casos estão presentes entre os indígenas com até sete anos de escolaridade (Tabela 5).

Com relação ao local de falecimento, o próprio domicílio foi, para ambos os sexos, o local de maior frequência (71,40%). A menor frequência de óbitos está em estabelecimentos de saúde fora de contextos hospitalares, seguido pelas categorias “ignorado” e via pública (os três somam 3,66% dos óbitos).

Outra importante variável a ser considerada na compreensão do suicídio entre indígenas é a distribuição dos casos entre as regiões brasileiras. De acordo com o Censo de 2010, todos os estados da federação possuem populações indígenas, sendo que a maioria reside na região Norte (37,4% da população total). Em relação aos óbitos por suicídio, a Tabela 4 mostra que há maior frequência na região Centro-Oeste (51,7% do total de registros), seguida pela região Norte (38,1%). Nordeste, Sul e Sudeste apresentaram taxas baixas e próximas entre si. A taxa de suicídio no Centro-Oeste é classificada como muito alta, a do Norte é média e as das demais regiões são classificadas como baixas.

O estado de Mato Grosso do Sul é o principal responsável pela elevada taxa encontrada na região Centro-Oeste. Nesse único estado ocorreram 565 (50,5%) dos 1119 suicídios ao longo dos 14 anos investigados, sendo o único estado com taxa muito alta entre todos os 22 investigados. Cabe destacar que, juntos, os estados do Mato Grosso do Sul e do Amazonas representam 77,75% dos óbitos por suicídio de indígenas no território nacional. Nos estados de Alagoas, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo e no Distrito Federal não foram registrados óbitos de indígenas por suicídio.

Tabela 5 - Frequência de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio, por região e estado, no período de 2000 a 2013, no Brasil

Região de Residência	N	Óbitos n(%)	Taxa/100.000
Centro Oeste	130494	578(51,65)	34,07
Norte	305873	426(38,07)	10,71
Sul	74945	38(3,40)	3,90
Sudeste	97960	27(2,41)	2,12
Nordeste	208691	50(4,47)	1,84
Estado	N	Óbitos n(%)	Taxa/100.000
Mato Grosso do Sul	73295	565(50,49)	59,30
Amazonas	168680	305(27,26)	13,91
Roraima	49637	86(7,69)	13,33
Piauí	2944	4(0,36)	10,45
Tocantins	13131	12(1,07)	7,03
Paraná	25915	21(1,88)	6,23
Goiás	8533	5(0,45)	4,51
Minas Gerais	31112	15(1,34)	3,71
Santa Catarina	16041	7(0,63)	3,36
Rondônia	12015	5(0,45)	3,20
Acre	15921	5(0,45)	2,42
Maranhão	35272	11(0,98)	2,40
Ceará	19336	6(0,54)	2,39
Rio Grande do Sul	32989	10(0,89)	2,33
Pernambuco	53284	16(1,43)	2,31
Pará	39081	11(0,98)	2,17
Amapá	7408	2(0,18)	2,08
São Paulo	41794	10(0,89)	1,84
Mato Grosso	4538	8(0,71)	1,45
Bahia	56381	10(0,89)	1,36
Paraíba	19149	3(0,27)	1,21
Rio de Janeiro	15894	2(0,18)	0,97
Total geral	817963	1119	10,52

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Nota: Taxa de mortalidade por suicídio, calculada a partir dos dados do Censo 2010 para uma população de 100 mil habitantes.

O método utilizado por indígenas que cometeram suicídio também foi analisado neste estudo. Na Tabela 6 verifica-se que a forma mais utilizada pelos indígenas, independentemente do sexo, foi o enforcamento (88,03%). A ingestão de produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas foi o segundo método mais utilizado pelos homens (2,23%), enquanto o uso de arma de fogo (9,18%) aparece em segundo lugar entre as mulheres. Nenhum caso de óbito de mulheres por solventes orgânicos, hidrocarbonetos e seus vapores ou fumaça, fogo e chamas

foi registrado, bem como nenhum óbito de homens por precipitação de lugar elevado ou impacto de veículos motorizados.

Tabela 6 - Frequência de suicídios entre indígenas por método e sexo, no período de 2000 a 2013, no Brasil

Método	Masculino Óbitos n (%)	Feminino Óbitos n (%)	Total Óbitos n (%)
Autointoxicação			
X61, X64 Medicamentos Diversos	2(0,25)	2(0,63)	4(0,36)
X65 Álcool	3(0,37)	1(0,32)	4(0,36)
X66 Solventes orgânicos, hidrocarbonetos e seu vapores	1(0,12)	0(0,00)	1(0,09)
X68 Pesticidas	21(2,62)	8(2,53)	29(2,59)
X69 Outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificados	23(2,86)	2(0,63)	25(2,23)
Lesão Autoprovocada			
X70 Enforcamento, estrangulamento e sufocação	730(90,21)	255(80,70)	985(88,03)
X71 Afogamento submersão	1(0,12)	3(0,95)	4(0,36)
X72-X74 Armas de fogo	11(1,37)	29(9,18)	40(3,57)
X76 Fumaça, fogo e chamas	1(0,12)	0(0,0)	1(0,09)
X78, X79 Objeto cortante, penetrante ou contundente	4(0,50)	7(2,22)	11(0,98)
X80 Precipitação de lugar elevado	0(0,00)	2(0,63)	2(0,18)
X81 Objeto em movimento	1(0,12)	0(0,00)	1(0,09)
X82 Impacto de veículo a motor	0(0,0)	1(0,32)	1(0,09)
X84 Meios não especificados	5(0,62)	6(1,90)	10(0,89)
Total	801	318	1119 (100)

Fonte: SIM/DATASUS/MS

5.3 Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam a alta frequência e as altas taxas de mortalidade por suicídio em povos indígenas, como demonstrado também em outros trabalhos nacionais (Oliveira & Lotufo Neto, 2003; Coloma et al., 2006; Orellana et al., 2013; Souza & Orellana, 2013; Orellana, Baliero, Fonseca, Basta, & Souza, 2016), e internacionais (Campbell, et al., 2016; Kuipers, Appleton, & Pridmore, 2012; Soole et al., 2014; Kaiser & Renberg, 2012; Silviken, 2009; Sumarokov et al., 2014; Kirmayer, 2007; Mullany et al., 2009). No presente

estudo foi encontrada uma taxa média total de 10,5 mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes no período de 2000 a 2013, mostrando-se inferior às taxas encontradas nos levantamentos da Sesai (de 19,7/100 mil hab.; no período de 2013 a 2016), do Ministério da Saúde (de 15,2/100 mil hab.; no período de 2011 a 2015) e no estudo de Souza e Orellana (2012a) (12,6/100 mil hab.; no período de 2006 a 2010). As diferenças presentes nas taxas podem ser explicadas pela não coincidência entre os períodos investigados em cada estudo ou pelo efeito redutor da média devido às taxas mais baixas nos anos iniciais, já que há tendência de aumento ao longo dos anos. Outra possível variável explicativa é a opção dos autores do presente estudo por incluir apenas os óbitos de indivíduos que se autodeclararam indígenas, escolha que não fica evidente nos levantamentos acima citados.

A fim de comparar de forma mais precisa as taxas de suicídio obtidas no presente estudo e nas publicações acima citadas, foram realizados novos cálculos considerando os períodos de 2006 a 2010 (recorte de Souza e Orellana, 2012a) e 2011 a 2013 (semelhante ao estudo do Ministério da Saúde, que fez um recorte de 2011 a 2015). No primeiro caso houve ligeiro aumento na taxa, que passou de 10,5 para 10,9 óbitos por suicídio a cada 100 mil habitantes. Na segunda comparação a diferença entre a taxa inicial (10,5) e a taxa do período de 2011 a 2013 (12,3) foi maior. Não foi possível comparar os dados deste estudo com a publicação da Sesai por conta da incompatibilidade do recorte temporal.

A taxa de suicídio entre indígenas encontrada no presente estudo é 2,2 vezes maior do que a taxa na população brasileira geral. De acordo com os registros de óbitos por suicídio pesquisados no SIM, no período de 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos, representando uma taxa geral de 5,5 óbitos por 100 mil habitantes. Em período semelhante (mas não idêntico devido ao recorte temporal; de 2011 a 2013) a taxa de suicídio entre indígenas foi de 12,3/100 mil, como mostrado acima. Razões entre óbitos por suicídio entre indígenas e não indígenas próximas a dois também foram verificadas em estudos regionais (Orellana et al., 2013; Orellana et al., 2016; Orellana, Souza, & Souza, 2019; Souza & Onety Jr, 2017), assim como no estudo em âmbito nacional conduzido por Souza e Orellana (2012a). Nesses estudos, as taxas de mortalidade por suicídio entre indígenas variaram de 1,4 a 106,8 mortes por 100 mil habitantes, sendo tal amplitude possivelmente explicada por diferenças regionais e por discrepâncias na coleta de dados devido a diferenças étnicas consideradas, variações regionais, intervalos trabalhados e outras especificidades.

A maior ocorrência de suicídios entre indígenas também é uma realidade fora do Brasil. De acordo com o relatório da OMS (2002) sobre violência e saúde, a taxa de suicídio entre um grupo de aborígenes australianos chegou a ser aproximadamente 1,6 vezes maior do que na

população não indígena, sendo tal proporção ainda maior entre homens indígenas (7,8 vezes maior do que entre homens não indígenas). Nesse mesmo relatório verificou-se, entre povos Inuítes no norte do Canadá, taxa média de suicídio quase cinco vezes maior do que no restante da população canadense no mesmo período (WHO, 2002).

Outro importante resultado encontrado nesse estudo foi a tendência de crescimento ao longo do tempo, aliada à identificação de picos de crescimento das taxas entre os anos de 2001 a 2013, 2007 a 2008 e 2012 a 2013. Ambos os resultados podem ser explicados por alguns fatores, entre eles: a forma de análise dos dados, melhorias no registro de informações sobre óbitos por suicídio e mudanças na realidade da população indígena, com intensificação de fatores de risco. O primeiro fator já foi apresentado anteriormente e se relaciona à estimação da população indígena nacional. O segundo diz respeito à possibilidade de que o aumento no número de casos de suicídio registrados se deva à implementação de políticas de assistência à saúde que contribuíram para a determinação mais precisa das causas de óbitos, que, até então, poderiam ser registrados equivocadamente ou mesmo não registrados. Por fim, é possível que tal aumento e a verificação dos picos sejam explicados pelo agravamento de fatores de risco ao suicídio, como disputas de terra, que possam ter acontecido em algumas das comunidades indígenas contempladas nos dados. Cabe ressaltar que os dois últimos fatores são hipóteses não verificáveis a partir dos dados coletados no presente estudo, mas indicam possibilidades de estudo para pesquisas futuras.

A tendência ao crescimento das taxas de suicídio ao longo dos anos também foi verificada em outros estudos com a população brasileira geral (Ministério da Saúde, 2017; Waiselfisz, 2014), assim como entre indígenas brasileiros e estrangeiros (Coloma et al., 2006; Oliveira & Lotufo Neto, 2003). Na década de 1980 o crescimento foi de menos de 3%, passando para 19% na década seguinte, culminando em 33% de crescimento entre 2000 e 2012, de acordo com os dados do SIM/DATASUS (Silva, Prates, Cardoso, & Prates, 2018). Cabe destacar a possibilidade de que a frequência real de suicídios seja ainda maior, estimando-se uma taxa até quatro vezes maior (Calixto Filho & Zerbini, 2016). Apesar do panorama de subnotificação, é possível que o aumento progressivo das taxas de suicídio se deva, em partes, ao registro adequado destes. Também é necessário levar em conta que há diferenças nas taxas e em seu crescimento quando são consideradas variáveis sociodemográficas, tais como faixa etária e sexo (Calixto Filho & Zerbini, 2016).

No presente estudo também foram encontradas importantes diferenças relacionadas às características dos indivíduos e dos óbitos. Primeiramente, verificou-se que a taxa de suicídio entre homens indígenas foi 2,5 vezes maior do que entre as mulheres. A maior ocorrência de

suicídio entre os homens indígenas também foi verificada em estudos regionais (Orellana, et al., 2013; Orellana et al., 2016; Souza & Onety Jr., 2017), assim como também se mostra presente nos levantamentos nacionais e internacionais com a população geral (Ministério da Saúde, 2017; OPAS, 2018; WHO, 2002). Calixto Filho e Zerbini (2016) e Carmo et al. (2018) associam esse achado à maior agressividade, à competitividade e à impulsividade, bem como ao uso de métodos mais letais pela população do sexo masculino.

Além disso, foi possível notar importantes variações nas taxas com relação à faixa etária. No geral, verificou-se maior frequência de suicídios entre indígenas de 15 a 24 anos, com uma taxa muito alta (41,1/100 mil hab.) na classificação de Diekstra e Gulbinat (1993). Esse resultado vai de encontro aos achados de vários outros estudos com indígenas (Souza & Onety Jr., 2017). No estudo de Coloma et al. (2006), as maiores taxas de suicídio entre indígenas foram na faixa etária de 10 a 24 anos, variando de 45,9 a 53,6/100 mil hab., enquanto Orellana, Basta e Souza (2013) encontraram uma idade mediana de 21 anos entre indígenas amazonenses mortos por suicídio.

Na população geral, verifica-se maior frequência relativa de suicídios entre idosos com 70 anos ou mais (Ministério da Saúde, 2017), dado que se contrapõe ao resultado encontrado no presente estudo, em que a segunda menor taxa de suicídio entre indígenas está na faixa dos 50 anos ou mais. Apesar disso, os percentuais de suicídio entre os jovens na população geral aumentam progressivamente, numa alarmante tendência. Entre 2002 e 2012, houve, mundialmente, um aumento de 40% na taxa de suicídio entre crianças e adolescentes (10 e 14 anos) e de 33,5% na faixa etária de 15 a 19 anos (OMS, 2014). Moreira e Bastos (2015) também apontam uma tendência de aumento nos casos de suicídio na faixa etária dos 15 aos 19 anos na população geral.

No que diz respeito ao suicídio em crianças de 10 a 14 anos, em uma investigação nacional da mortalidade por suicídio, comparando crianças indígenas com não indígenas, Souza (2019) identificou 584 casos de suicídio infantil entre 2010 e 2014 com taxa de 18,5/100 mil habitantes (10,9-31,6) vezes maior entre a população indígena (11/100 mil hab.) do que a não indígena (0,6/100 mil hab.). No presente estudo, a taxa de suicídio entre indígenas de 10 a 14 anos foi de 9,1/100 mil, ficando à frente dos adultos com 50 anos ou mais e das crianças até nove anos.

As taxas de suicídio por faixa etária também foram influenciadas pelo sexo. Enquanto os homens apresentaram maiores taxas em quase todas as faixas etárias, seguindo a diferença geral anteriormente apresentada, suicídios entre os 10 e 14 anos foram mais comuns entre as meninas. Tal resultado vai de encontro ao relatado por Souza (2019), que observou padrões

inversos a estes entre os óbitos por suicídio de crianças de 10 a 14 anos indígenas e não indígenas. Além de constatar uma razão de 18,5 suicídios entre indígenas versus não indígenas, o autor observou uma maioria feminina (58%) entre os primeiros. Considerando que a diferença entre os sexos foi pequena, os autores levantam hipóteses explicativas mais amplas, apontando para fatores de risco importantes, tais como ocorrência de suicídio na família, conflitos familiares e abuso infantil (Souza, 2019). Outras hipóteses para as taxas de suicídio entre jovens meninas são apontadas por Lazzarini et al. (2018), que evidenciam a elevada ocorrência de violência sexual, gravidez na infância e adolescência e histórico familiar de suicídio.

Tendo em vista o acúmulo dos resultados encontrados de suicídio entre jovens, é preciso repensar o conceito de adolescência nos contextos indígenas. As noções de infância e idade adulta são bem demarcada nas etnias, contudo o conceito de adolescente não é comumente utilizado, o que se reflete na dificuldade de se lidar com as questões que atravessam essa faixa etária (Travassos & Ceccarelli, 2016).

Segundo o UNICEF/IWGIA (2014), na busca por reconhecimento, os jovens indígenas pagam um preço elevadíssimo para pertencer à sociedade envolvente e à sua comunidade, pressão que ocorre tanto dentro quanto fora de suas comunidades. Tal realidade pode levar à marginalização desses jovens em suas próprias comunidades, ao não encontrarem nelas um lugar adequado às suas necessidades, bem como nas sociedades que estão no entorno das aldeias ou cidades, em razão da profunda discriminação, acarretando, assim, um sentimento de isolamento social que pode conduzir a traumas e à utilização de estratégias de resolução de problemas disfuncionais, como o comportamento suicida (UN, 2009).

Outra preocupação que se relaciona com os óbitos entre a população jovem é a da transmissão e continuidade da cultura. Travassos e Ceccarelli (2016) destacam que a chegada da puberdade na cultura é marcada por ritos de passagem que introduzem a criança no mundo adulto e desempenham um papel extremamente importante. Quando não ocorrem, perdem-se esses ritos, gerando um processo de enfraquecimento cultural de uma forma geral. As causas externas, entre elas o suicídio, enfraquecem o repasse do conhecimento da cultura entre gerações, como citado pelo líder Rafael Maxakali: “Os pajés são poucos, estão morrendo novos e não passam os conhecimentos para as crianças” (Maxakali et al., 2008, p. 192).

O estado civil e a escolaridade também foram contemplados nos resultados obtidos no presente estudo. De forma geral, foram observadas maiores frequências de suicídio entre indígenas solteiros e com até três anos de escolaridade. O predomínio de óbitos entre solteiros também foi verificado por Orellana, Basta e Souza (2013) e Souza e Onety Jr. (2017), enquanto Souza e Orellana (2013) constataram que o percentual de indígenas que cometeram suicídio e

que não tinham escolaridade alguma foi significativamente superior ao de não indígenas do mesmo grupo. É importante ressaltar que a ausência de informações sobre a distribuição da população indígena brasileira entre os níveis de escolaridade, ou mesmo sua escolaridade média, impede uma análise mais profunda dos dados.

Previamente à apresentação de possíveis fatores explicativos para tais achados, é importante ressaltar que sua interpretação encontra-se limitada pela falta de informação precisa sobre as distribuições das variáveis estado civil e escolaridade na população indígena. Assim, é possível que as frequências relativas de suicídios por indígenas solteiros e com baixa escolaridade seja mais representativa do número de indivíduos com essas características na população indígena em geral. Além disso, o grande número de campos não informados aponta para possíveis problemas de preenchimento, assim como para a imprecisão dos dados.

Verificou-se, no presente estudo, maior percentual de óbitos por suicídio no domicílio (71,4%), acompanhado de baixa frequência de óbitos nos hospitais (5,5%) e outros estabelecimentos de saúde (0,2%). Um grande número de casos (19,48%) foi classificado como “outros”, levantando dúvidas sobre as localidades possivelmente incluídas e dificultando maior profundidade de análise. Esses resultados também foram encontrados por Souza e Onety Jr. (2017) e Orellana, Basta e Souza (2013), e precisam ser analisados junto com os resultados sobre os métodos utilizados. Considerando que o enforcamento, sufocação ou estrangulamento representaram 88% dos suicídios, sendo a maioria tanto entre os homens quanto entre as mulheres, é possível supor que a letalidade dos métodos resulte na morte no local, impedindo a condução ao serviço de saúde (Orellana et al., 2013). Outro resultado interessante foi o suicídio por arma de fogo como segundo método mais utilizado pelas mulheres, com percentual superior ao observado no grupo masculino, que teve como segundo método mais frequente a autointoxicação com produtos químicos.

No levantamento, do Ministério da Saúde (2017), de tentativas e óbitos por suicídio na população brasileira geral, o enforcamento também figura como método mais utilizado. No entanto, entre os não indígenas, verifica-se maior frequência de métodos menos letais pelas mulheres (intoxicação) quando comparado aos homens (arma de fogo). A restrição do método de enforcamento é um grande desafio, em razão da dificuldade na contenção ao acesso a meios para executá-lo. Essa restrição a métodos é vista pela OMS (2016) como uma das principais estratégias recomendadas como instrumento de prevenção universal, que se traduz em uma ação com impacto direto na população geral, que poderia influenciar diretamente no número de óbitos relativo ao principal método utilizado no Brasil.

A região brasileira com maior taxa de mortalidade por suicídio foi a Centro-Oeste (34,1/100 mil hab.), seguida pela região Norte (10,7/100 mil hab.), sendo a primeira classificada como alta e a segunda como média. No estado do Mato Grosso do Sul, na cidade de Dourados, onde estão localizados os indígenas da etnia Guarani-Kaiowá, foram também verificadas altas taxas por Lovisi et al. (2009), que analisaram o período de 1980 a 2006, e por outros autores nessa mesma comunidade (Coloma et al., 2006; Grubits et al., 2011; Orellana et al., 2016), que obtiveram resultados expressivos como os demonstrados neste estudo. Um dos problemas enfrentado pelas comunidades indígenas, referente ao território, é a “política integralista”, que defende o fim das demarcações e o não cumprimento das diretrizes internacionais de garantia dos direitos de soberania a este povo. Além das ameaças à demarcação de terras, eles enfrentam também as concessões legais feitas aos setores de mineração, madeireiro e energético (hidrelétricas, principalmente), que já trazem consequências graves às comunidades, na forma de queimadas, invasões e perseguições às lideranças (IWGIA, 2019; 2018).

Ainda em relação à distribuição dos óbitos entre regiões, foram identificados, no presente estudo, alguns estados sem nenhum registro de suicídio em 13 anos de investigação, o que, em princípio, pode refletir dois quadros distintos: subnotificação dos dados ou ausência real de óbitos por suicídio. Deve haver cautela com relação à interpretação dos números de óbitos registrados, visto que existe uma tendência à subnotificação, permeada por falhas nos registros, imprecisão nas fontes de produção e não preenchimento de campos importantes dos formulários que alimentam os bancos de dados (Abasse, Oliveira, Silva, & Souza, 2009).

Segundo Lovisi et al. (2009), a subestimação do suicídio é uma realidade em muitos países, o que dificulta a obtenção de uma medida mais acurada desse tipo de morte e reforça a importância de, ao se analisar um estudo sobre suicídio, considerar que a subnotificação dos dados é um dos aspectos mais críticos das pesquisas na área. Vale reiterar que as taxas elevadas de suicídio entre indígenas não são universais. Segundo Pollock et al. (2018), em alguns territórios dos EUA e nações do Pacífico, os índices foram baixos ou de fato não existiam suicídios, o que, segundo os autores, representa um dado importante que desconstrói a ideia de que somente pelo fato do indivíduo ser indígena, ele teria um risco aumentado de comportamento suicida.

A forma mais eficaz de compreender o desenvolvimento humano, de acordo com Bronfenbrenner (1996), é observar o indivíduo nos variados contextos/ambientes nos quais está inserido e se desenvolve. Em acordo com essa linha de pensamento, a proposta do Ministério da Saúde (2017) é a de que as intervenções para prevenção do suicídio devem ser construídas em conjunto com as comunidades, em especial com as lideranças comunitárias e espirituais,

buscando elaborar estratégias condizentes com a realidade e respeitando a diversidade das etnias nacionais.

Os dados deste estudo devem servir, portanto, para reforçar a necessidade da adoção de estratégias que respeitem as especificidades etnográficas para que se possa, assim, reduzir as taxas de mortalidade por suicídio. Estratégias que replicam a lógica biomédica, somente, não conseguiram dar conta da pluralidade de significados atribuídos pelas comunidades a esse fenômeno, nem reduzir a frequência destes óbitos (Verani & Morgado, 1991). Marcolan (2018) destaca que, para se prevenir o suicídio, não se pode perder de vista que o comportamento suicida tem etiologia multifatorial e não pode ser visto e tratado meramente no contexto orgânico/biológico, pois esta visão restringe o repertório de intervenções, aumenta as chances de fracasso das ações e, muitas vezes, pode ocasionar a repetição ou cronificação do comportamento nas comunidades.

São levantados diversos fatores para explicar o suicídio indígena, desde questões sociais até a história e as vivências com o comportamento suicida destes sujeitos em suas comunidades. Um fator apontado por Orellana et al. (2016) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS) é o feitiço, que também aparece em outras etnias no Brasil e se destaca em razão de o indígena atribuir o ato a um terceiro, e não necessariamente ao sujeito que tira sua vida, como explicação e compreensão do suicídio.

O suicídio indígena precisa ser visto como expressão de um “mal-estar social”, que deve ser entendido a partir da escuta de cada etnia, visando compreender como as culturas interpretam os modos de morrer e como veem as condições e perspectivas de vida atuais desde a subsistência até o confinamento nas “reservas” (CFP, 2013). Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2013), o fenômeno do suicídio precisa ser compreendido, em termos psicológicos, por uma psicologia que não seja centrada no indivíduo, pois os modos de vida que definem essas populações baseiam-se no coletivo, o que, por sua vez, determina suas maneiras de criar vínculos, de lidar com emoções e de entender a vida e a morte.

Entende-se, assim, o suicídio não como um ato relacionado somente a problemas ligados à pessoa, mas como um ato que é reflexo de um processo de vulnerabilidade social. O atual cenário das comunidades e suas dificuldades são fruto de raízes históricas e de processos de violências de diversas ordens, como dominação sociocultural pelos não índios, violências sexuais, preconceitos e perda de território, deixando marcas psicossociais que muitas vezes refletem-se na qualidade de vida e na forma com que as comunidades lidam atualmente com sua saúde mental (CRP-SP, 2010).

Desta forma, este estudo procura dar visibilidade a um grave problema, já citado por outros autores, e somar-se às contribuições para a saúde indígena, apresentando um recorte nacional dentro de um período de treze anos. A subnotificação de casos de suicídio dificulta o dimensionamento preciso do problema, o aprofundamento das pesquisas e o desenvolvimento, por fim, de estratégias baseadas na cosmologia das comunidades. Contudo, mesmo que incompletos, os dados disponíveis e sua análise fornecem direcionamentos importantes para a atuação em saúde. Segundo a Portaria nº 1.876 (Brasil, 2006), que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, deve-se articular uma rede com diversos atores para se elaborar estratégias que consigam a promoção, prevenção, tratamento e recuperação do paciente em risco de suicídio em todos os níveis de atenção, assim como investir em métodos de coleta e análise de dados para identificar os condicionantes deste agravo.

Novos estudos são necessários para catalogar essa pluralidade de significados diante do comportamento suicida nos diversos povos indígenas inseridos em todo o território nacional (UNICEF/IWGIA, 2014). Nesse sentido, fazem-se necessários estudos complementares que incluam os significados dos óbitos para as comunidades, uma vez que estes são carregados de diversas interpretações que devem ser incluídas nas ações locais. Trabalhos que consigam permitir a integração dos olhares das diversas ciências, como Antropologia, Epidemiologia, Psicologia e Sociologia, talvez consigam alcançar ou se aproximar de um possível entendimento suficientemente abrangente do fenômeno.

Portanto, à luz dos resultados deste e de outros estudos que demonstram as condições de saúde, econômicas e habitacionais inferiores dos povos indígenas, num contexto de discriminação e isolamento político e cultural, somadas à perseguição política e à perda acelerada de terras e tradições, explicitam-se as precárias condições de vida dos povos indígenas brasileiros, que, necessariamente, produzem consequências. Fica mais nítido o peso que essas condições podem ter no sofrimento mental das populações indígenas e nos altos índices de suicídio, enquanto fatores de risco que precisam de estratégias eficazes do governo nas diversas áreas, como saúde, educação, justiça, assistência social, para que assim possa ser estabelecida uma rede de proteção para garantir o direito constitucional à vida ao indígena brasileiro.

5.4 Considerações Finais

O suicídio é um fenômeno complexo, independentemente da etnia, e, como um grave problema de saúde pública, ele se coloca também como um grande desafio, dada a multiplicidade de seus significados entre os povos. Com base nas informações deste estudo,

sugere-se que esforços nacionais para a prevenção de suicídio sejam expandidos para as minorias étnicas. Quando se pensa em saúde indígena, além da discutida complexidade do agravo, há também a necessidade de desconstrução da lógica colonizadora, em que só o saber biomédico é referenciado no cuidado em saúde e a medicina tradicional é excluída. Assim, para que os profissionais de saúde consigam se conectar à comunidade e aos seus diversos significados, desde a desapropriação, o não pertencimento ao local, o enfraquecimento dos seus rituais e a possibilidade de feitiço diante desse fato, é preciso uma nova posição para que a construção do cuidado em saúde possa acontecer de forma horizontal. Tal posicionamento vai ao encontro das diretrizes do SUS e à Política Nacional de Saúde indígena, que preveem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, propondo uma lógica de assistência à saúde desenvolvida no território.

Essa assistência é um desafio para a atuação do psicólogo, pois exige uma leitura fenomenológica e muito singular, que deve ser feita a partir do contato com a comunidade e suas verdades sobre seus corpos, sua religião e seu território. Sair da lógica diagnóstica, clínica tradicional e hospitalar do cuidado é um convite da Sesai para se pensar em uma ciência que se faz na comunidade e com a comunidade. Nesse sentido, evidencia-se a extrema relevância do papel do psicólogo indígena, já que ele se apresenta como um forte elo na rede de proteção aos povos tradicionais, ajudando-os a terem voz diante da lógica opressora que é outorgada socialmente e que se reflete diretamente nos cuidados em saúde.

Outras ações, como capacitação dos atuais profissionais de saúde nos diversos níveis para a identificação e atendimento de indígenas em risco, são um recurso necessário, uma vez que a não compreensão da cosmologia que norteia o fenômeno pode impossibilitar o cuidado em saúde. Também a psicoeducação sobre a valorização da vida e prevenção do suicídio deve ser realizada, por meio de mobilizações e da construção das redes de apoio em conjunto com diversos setores em todos os níveis de gestão e assistência.

Para as populações do entorno às comunidades, ações que visem à apresentação das culturas indígenas devem ser implementadas, com inserção nos currículos escolares da história dessas comunidades, visando à desconstrução de estigmas. Na perspectiva individual, faz-se necessário trabalhar ações que desenvolvam maiores vínculos sociais, habilidades de resolução de problemas, autoestima e apropriação dos jovens de seus rituais, com valorização da sua cultura. Só pensando em uma saúde etnopsicossocial, e considerando os múltiplos fatores associados ao comportamento suicida, é que poderemos montar uma rede eficaz de proteção para a prevenção do suicídio indígena.

Referências

- Abasse, M. L. F., Oliveira, R. C., Silva, T. C., & Souza, E. R. (2009). Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 407-416. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200010>
- Anderson I, Robson B, Connolly M, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet* 2016; 388: 131–57
- Barreto, C. T. G., Cardoso, A. M., & Coimbra Jr., C.E.A. (2014). Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 657-662. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117813>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 48(30), 1-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS*. Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena – Brasília: Ministério da Saúde.
- Bronfenbrenner, U. A. (1996). *Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Calixto Filho, M. & Zerbini, T. (2016). Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça*, 21(2), 45-51. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>
- Campbell, A., Balaratnasingam, S., McHugh, C., Janca, A., & Chapman, M. (2016). Alarming increase of suicide in a remote Indigenous Australian population: an audit of data from 2005 to 2014. *World Psychiatry*, (15), 296-297. Recuperado a partir de: [doi:10.1002/wps.20356](https://doi.org/10.1002/wps.20356).
- Carmo, E. A. et al. (2018). Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(1), e20171971. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100001>
- Coimbra Jr., C. E. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 855-859. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00031214>
- Coloma, C., Hoffman, J. S. & Crosby, A. (2006). Suicide Among Guaraní Kaiowá and Nandeva Youth in Mato Grosso do Sul, Brazil, *Archives of Suicide Research*, (10)2, 191-207. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1080/13811110600662505>

- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília, DF.
- Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. (Org). (2010). *Psicologia e povos indígenas*. São Paulo, SP: CRPSP.
- Diekstra, R.F. & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q*, 46(1), 52-68.
- Farias, Y.N., Leite, I. C., Siqueira, M.A.M.T., & Cardoso, A.M. (2019). Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), e00001019. Epub August 19, 2019. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00001019>
- Garcia, P.T. & Reis, R.S. (2016). *Gestão Pública em Saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde*. UFMA. São Luiz.
- Garnelo, L. et al. (2019). Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), e00181318. Epub August 19, 2019. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00181318>
- Guerra-Junior, A.A., Pereira, R. G., Gurgel, E.I., Cherchiglia, M., Dias, L. V., Ávilaa, J., Santos, N., Reis, A., Acurcio, F. A., Junior, W. M. Building the National Database of Health Centred on the Individual: Administrative and Epidemiological Record Linkage - Brazil, 2000-2015. *International Journal of Population Data Science* , v. 3, p. 1-9, 2018.
- Grubits, S., Freire, H.B.G. & Noriega, J.A.V. (2011). *Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 504-517. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300006>
- Hall, G.H. & Patrinos, H.A. (2010). *Indigenous peoples, poverty and development*. (Draft manuscript). Recuperado a partir de: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1121703274255/1439264-1288632678541/Indigenous_peoples_full_report.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 31 Recuperado a partir de: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
- International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA). (2018). [Internet]. *The Indigenous World 2018*. Copenhagen: IWGIA. Recuperado a partir de: <https://www.iwgia.org/images/documents/indigenous-world/indigenous-world-2018.pdf>
- International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA) (2019) [Internet]. *The Indigenous World 2019*. Copenhagen: IWGIA. Recuperado a partir de: https://www.iwgia.org/images/documents/indigenous-world/IndigenousWorld2019_UK.pdf

- Kaiser, N. & Renberg, E.S. (2012). Suicidal expressions among the Swedish reindeer-herding Sami population. *Suicidology Online*, (3), 102–113. Recuperado a partir de: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-81487>
- Kirmayer, L.J. (2007). *Suicide among aboriginal people in Canada*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation. Recuperado a partir de: <http://www.ahf.ca/downloads/suicide.pdf>
- Kuipers, P., Appleton, J. & Pridmore, S. (2012). Thematic analysis of key factors associated with Indigenous and non-Indigenous suicide in the Northern Territory, Australia. *Rural and remote health*, (12), 22-35.
- Lazzarini, T. et al. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista de Saúde Pública*. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000541>
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L. & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006, *Rev Bras Psiquiatr.*, 31(2), S86-93.
- Malta, D., Carvalho, S., Rizzato, S., Santos, M. A. S., Andrade, S., Araújo, S. C., Oliveira, M. M., Prado, R. R. & Silva, M. M. A. (2017). Fatores de risco e proteção de doenças e agravos não transmissíveis em adolescentes segundo raça/cor: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2).
- Marcolan, J.F. (2018). Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2343-2347. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>
- Maxakali, P. (2008). *Hitupmã'ax/Curar*. Belo Horizonte: Faculdade de Letras/UFMG; Edições Cipó Voador.
- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. *Bol Epidemiológico [Internet]*, 48(30), 1-15. Recuperado a partir de: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Moreira, L.C.O. & Bastos, P.R.H.O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), 445-453. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>
- Mullany, B. et al. (2009). Toward understanding suicide among youths: Results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001-2006. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1840-1848. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.154880>.
- Oliveira, C.S. de, & Lotufo Neto, F. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 30(1), 4-10. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100001>.

- Orellana, J. D., Balieiro, A. A., Fonseca, F. R., Basta, P.C. & Souza, M.L.P. de. (2016). Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(3), 222-230. Epub January 19, 2016. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1720>
- Orellana, J.D.Y., Basta, P.C.Y. & Souza, M.L.P. de. (2013). Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 658-669. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300010>
- Orellana, J.D.Y., Souza, C.C. de, & Souza M.L.P. de. (2019). Hidden Suicides of the Indigenous People of the Brazilian Amazon: Gender, Alcohol and Familial Clustering. *Revista Colombiana de Psiquiatria* (English ed.), 48(3), July–September 2019, 133-139. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.12.001>
- Organização Mundial da Saúde (2008). CID-10 – *Classificação Estatística Internacional de Doenças vol. 1*. Recuperado a partir de: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Genebra. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de La Salud. (2016). Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. *Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015* [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de La Salud.
- Organização Panamericana de Saúde. (2018). Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental. Folha informativa - Suicídio [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de La Salud.
- Paradies, Y. (2016). Colonisation, racism and indigenous health. *Journal of Population Research*, 33(1), 83–96. Recuperado a partir de: [10.1007/s12546-016-9159-y](https://doi.org/10.1007/s12546-016-9159-y)
- Pollock, N.J., Naicker, K., Loro, A., Mulay, S., Colman, I. (2018). Global incidence of suicide among indigenous people: a systematic review. *BMC Med*, (16), 145.
- Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006. (2006, 15 de agosto.) Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. Diário Oficial da União.
- Queiroz, Odilon Vanni de, Guerra Júnior, Augusto Afonso, Machado, Carla Jorge, Andrade, Eli Lola Gurgel, Meira Júnior, Wagner, Acúrcio, Francisco de Assis, Santos Filho, Walter dos, & Cherchiglia, Mariângela Leal. (2009). A construção da Base Nacional de Dados em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: relacionamento dos registros de óbitos pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac/SIA/SUS) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Brasil, 2000-2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 18(2), 107-120. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000200002>

- Silva, B.F. et al. (2018). O suicídio no Brasil contemporâneo. *Sociedade e Estado*, 33(2), 565-579. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>
- Silviken, A. (2009). Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, (68)3, 204-211. Recuperado a partir de: [10.3402/ijch.v68i3.18336](https://doi.org/10.3402/ijch.v68i3.18336).
- Soole, R., Kølves, K., & De Leo, D. (2014). Suicides in Aboriginal and Torres Strait Islander children: analysis of Queensland Suicide Register. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, (38), 574-578. Recuperado a partir de: [doi:10.1111/1753-6405.12259](https://doi.org/10.1111/1753-6405.12259)
- Souza, M.L.P. de (2019). Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 35(15), e00019219. Recuperado a partir de: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/819/mortalidade-por-suicidio-entre-criancas-indgenas-no-brasil>. [http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019219](https://doi.org/10.1590/0102-311X00019219)
- Souza, M.L.P. de & Onety Júnior, R.T. da S. (2017). Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4), 887-893. Recuperado a partir de: [https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400019](https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000400019)
- Souza, M. L. P. de, & Orellana, J, D.Y. (2012a). Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(4), 489-490. Recuperado a partir de: [https://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.008](https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.008)
- Souza, M.L.P. & Orellana, J D.Y. (2013). Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(4), 245-252. Recuperado a partir de: [https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000400001](https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000400001)
- Stephens, C., Porter, J., Nettleton, C., & Willis, R. (2006). Disappearing, displaced, and undervalued, a call to action for Indigenous health worldwide. *Lancet*, 367, 2019–28.
- Sumarokov, Y.A., Brenn, T., Kudryavtsev, A.V., & Nilssen, O. (2014). Suicides in the indigenous and non-indigenous populations in the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia, and associated socio-demographic characteristics. *International journal of circumpolar health*, 73, 24308. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.24308>
- Travassos, M. do R. de C. & Ceccarelli, P.R. (2016). Ritos de passagem: o lugar da adolescência nas sociedades indígenas Tembétenehara e Kaxuyana. *Reverso*, 38(71), 99-106. Recuperado a partir de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100011&lng=pt&tlng=pt
- UNICEF/IWGIA. (2014). *Suicídio Adolescente em povos indígenas: 3 estudos*. São Paulo: Arte Brasil Editora, p. 7.

United Nations (2009). State of the World's Indigenous Peoples. Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues. New York.

United Nations (2015). *State of the world's indigenous peoples*, 2nd vol. *Indigenous peoples' access to health services*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

United Nations. (2019). *State of the world's indigenous peoples*, 4th vol. Implementing the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

Verani, C. & Morgado, A. (1991). Fatores culturais associados à doença da reclusão do alto Xingu (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, 7(4), 515-537. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000400005>.

Viana, P. V.de S., Codenotti, S. B., Bierrenbach, A. L. & Basta, P. C. (2019). Tuberculose entre crianças e adolescentes indígenas no Brasil: fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), e00074218. Epub August 19, 2019. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074218>

Victal, V.J.R.C., Aguiar, B.T. de, Junior, A.F.S.X. & Júnior, C.R.C. (2019). Suicídio e povos indígenas no Brasil. Aracaju. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 7(3), 49-60.

Waiselfisz, J. J. (2007). Mapa das mortes por violência. *Estudos Avançados*, 21(61), 119-138. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142007000300009>

World Health Organization. (2002). World report on violence and health. ISBN 92 4 154561 5, Recuperado a partir de: <https://www.refworld.org/docid/54aa8f744.html>

6 ESTUDO 3 - SUICÍDIO E POVOS INDÍGENAS: USO DE SERVIÇOS DO SUS DE INDÍGENAS QUE VIERAM A ÓBITO POR SUICÍDIO NO DSEI MG/ES

Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza¹

Juliana Alvares Teodoro ²

Julia Costa de Oliveira ³

Leonardo V. Dias⁴

Augusto A. Guerra Junior⁵

Maycoln Leôni Martins Teodoro⁶

1. Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza: psicólogo e doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicologia: cognição e comportamento, UFMG.
2. Juliana Alvares Teodoro: farmacêutica, coorientadora e professora do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia - UFMG.
3. Júlia Costa de Oliveira: psicóloga e mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia, UFMG.
4. Leonardo V. Dias: Técnico bioinformática - Universidade Federal de Minas
5. Augusto A. Guerra Junior: Professor do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia - UFMG.
6. Maycoln Leôni Martins Teodoro: psicólogo, orientador e professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia: cognição e comportamento da UFMG.

Resumo

No Brasil, os indígenas cometem mais suicídio, em comparação a brancos e negros, sendo este um fenômeno desafiador. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o DSEI MG/ES presta assistência a 16.648 indígenas aldeados, de 10 diferentes etnias, nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Em uma dessas etnias, o suicídio vem se apresentando como um fenômeno recorrente. Há um histórico de ações de combate ao suicídio nesse DSEI, entre elas a implementação de vigilância epidemiológica, na qual os sistemas de informações em saúde são fundamentais e permitem a compreensão dos serviços utilizados, a frequência do uso e o acesso à saúde dos indígenas que vieram a óbito. O presente estudo teve como objetivo analisar as características da população de indígenas do DSEI MG/ES que vieram a óbito por suicídio, segundo os registros de procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados no SUS. Trata-se de um estudo retrospectivo da população de indígenas atendidos pelo DSEI MG/ES que vieram a óbito por suicídio no período de 2008 a 2013, considerando seu histórico de atendimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS desde o ano 2000. Foram identificados quatorze óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, sendo oito do sexo masculino e seis do sexo feminino, todos no estado de Minas Gerais. A taxa geral encontrada foi alta (25,43/100 mil), com somente a etnia Xacriabá identificada. Dos 14 indígenas localizados no SIM/SIASI, apenas três possuíam registro de procedimento no SIH/SUS e somente um teve registro de procedimentos no SIA/SUS. Os indivíduos com registros de procedimentos eram todos do sexo feminino, com idade entre 30 e 63 anos e todos pertencentes ao estado de Minas Gerais. Há uma lacuna nas informações referente ao uso do SUS pelos indígenas que se suicidaram no período estudado, o que aponta para a necessidade da criação de estratégias para a melhoria das informações assim como para a capacitação dos profissionais quanto à assistência às comunidades indígenas. São necessárias estratégias para qualificar a produção de informações decorridas destes atendimentos. Sugerem-se futuros estudos epidemiológicos que analisem tais dados e que abordem o suicídio na etnia Xacriabá, aliados à compreensão de sua cosmovisão.

Palavras-chave: Suicídio. Saúde indígena. Povos indígenas.

Abstract

In Brazil, indigenous people commit more suicide, when compared to whites and blacks, which is a challenging phenomenon. Within the scope of the Indigenous Health Care Subsystem, DSEI MG/ES provides assistance to 16,648 indigenous villagers, of 10 different ethnicities, in the states of Minas Gerais and Espírito Santo. In one of these ethnic groups, suicide is presented as a recurring phenomenon. There is a history of actions to combat suicide in this DSEI, among them, the implementation of epidemiology, in which health information systems are fundamental and provide understanding of the services used, the frequency of use and access to health of the indigenous people who came to death. The present study aimed to analyze the characteristics of the indigenous population of the DSEI MG/ES who died by suicide, according to the records of hospital and outpatient procedures performed at SUS. Retrospective study of the indigenous population served by DSEI MG/ES who died from suicide in the period from 2008 to 2013, considering their history of outpatient and hospital care in SUS since 2000. Eight men and six men were identified, all in the state of Minas Gerais. An overall identified rate was high (25.43/100,000), with only one Xacriabá ethnicity identified. Of the 14 indigenous people selected at SIM/SIASI, only three had a procedure record at SIH/SUS and only one had a procedure record at SIA/SUS. The individuals with records of procedures were all female, aged between 30 and 63 years old and all belonging to the state of Minas Gerais. There is a gap in the information regarding the use of SUS by indigenous people who committed suicide in the period studied, which demonstrates a need to create strategies for improving information, such as training professionals in the care of indigenous communities. Strategies are needed to qualify the production of information resulting from these ventures. Future epidemiological studies that analyze these data and address suicide in the Xacriabá ethnic group are suggested, together with the understanding of their worldview.

Keywords: Suicide. Indigenous health. Indian people.

O comportamento suicida é considerado como uma causa externa de caráter intencional, que pode ou não levar a óbito (OMS, 2000). Globalmente, compõe uma das vinte principais causas de morte, afetando todas as idades, sexos e regiões (WHO, 2019). No Brasil, a taxa de suicídio chegou a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2015, com diferenças significativas quando analisada por grupos específicos: os indígenas são os que mais cometeram suicídio, em comparação a brancos e negros (Brasil, 2017). Esse grave problema de saúde pública (WHO, 2019) torna-se ainda mais desafiador no contexto das populações indígenas, por terem especificidades epidemiológicas e etiológicas (Brasil, 2019), sendo um fenômeno complexo e multimediado (Orellana, Basta, & Souza, 2013).

Visando atender às particularidades do cuidado em saúde dos povos indígenas, por meio da Lei Arouca (Lei nº 11.794) foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), dentro do escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Nele, propõe-se que se considerem as especificidades da cultura desses povos e que o modelo adotado para a atenção à saúde se pautar por uma abordagem diferenciada e global, em âmbito local, regional e em centros especializados (Brasil, 1990). Em 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) exigiu a adoção de um modelo complementar de organização dos serviços (Brasil, 2002). Estes passaram a se organizar na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em diversas regiões do país, divididos estrategicamente por critérios territoriais (Brasil, 2009).

Ao todo, foram criados 34 DSEIs, organizados a partir das características epidemiológicas, culturais e regionais de cada território onde estão localizadas as comunidades (Brasil, 2002). Entre os distritos delimitados está o DSEI MG/ES, que presta assistência em saúde às populações aldeadas nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo. O DSEI MG/ES é responsável pela assistência à saúde de 16.648 indígenas aldeados, divididos em 93 polos-base, em 14 municípios e pertencentes a 10 diferentes etnias, sendo elas Xacriabá, Pankararu, Pataxó, Xukuru-Kariri, Kaxixó, Krenak, Mocuriñ, Maxakali, Tupiniquim e Guarani (Brasil, 2015; SESAI, 2019).

De acordo com a Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas 2017-2018, a partir do monitoramento dos óbitos por suicídio nas comunidades indígenas, é possível averiguar que os DSEI que implantaram linhas de cuidados de prevenção do suicídio conseguiram reduzir o número de óbitos por esse agravo, sendo um destes o DSEI MG/ES, que desenvolveu ações de qualificação da vigilância (Brasil, 2017). Este DSEI, ao lado de outros quatro (Alto Rio Solimões, Mato Grosso do Sul, Araguaia, Tocantins), começou a ser monitorado anteriormente a 2012, uma vez que o suicídio se destacava como um agravo

importante e historicamente conhecido nessa região (Brasil, 2017). Quando comparada com outros estados, a taxa de suicídio indígena no estado de Minas Gerais é baixa (3,71/100 mil hab.) e no estado do Espírito Santo não foram identificados registros de óbito por essa causa (Souza, 2020). Além da quantidade de óbitos, deve-se considerar os impactos do suicídio, na medida em que este pode afetar diretamente pessoas próximas ao indivíduo que tira sua vida, refletindo-se em prejuízos emocionais, sociais e econômicos (Fukumitsu & Kovács, 2016).

Ademais, no território de cobertura do DSEI MG/ES está o povo Xacriabá, que, de 2000 a 2003, tinha como principal causa de morte as causas externas, como o suicídio, havendo maior frequência entre adultos jovens com idade entre 15 e 49 anos, além de uma associação entre óbitos por suicídio e o consumo de álcool (Pena, Heller, & Dias Junior, 2009). Em 2018, o suicídio no território Xacriabá foi descrito como recorrente, principalmente entre jovens mulheres, e o combate a tal fenômeno deve ser considerado pauta prioritária nas ações de saúde pública (Xacriabá, 2018).

Nesse contexto, é importante destacar que na literatura foi descrito que o povo Xacriabá vê a morte com respeito, havendo uma interrupção de um mês nas reuniões ou danças, após a morte de algum parente, e um luto de sete dias, quando ocorre a morte de uma criança. Ademais, os mortos são enterrados na frente e no fundo das casas ou cemitérios, sendo as covas cobertas por pálios e uma cruz com adorno é colocada nas extremidades do túmulo (Pena et al., 2009). Estes autores não descreveram o entendimento do Xacriabá acerca do suicídio, o que foi feito por Célia Xacriabá (2018) em sua dissertação, que ressaltou que o suicídio no seu povo é uma questão de saúde pública e que precisa ser olhado com atenção.

Nesse contexto, uma tentativa de enfrentamento do suicídio aconteceu no escopo do Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015 do DSEI MG/ES (Brasil, 2012), que buscou desenvolver e aprimorar o planejamento, orçamento e gestão, dedicando-se especialmente à avaliação e ao monitoramento da saúde indígena. Em relação à saúde mental, criou-se a proposta de promoção da educação em saúde nas aldeias, com oficinas educativas sob o enfoque da saúde mental e prevenção do suicídio, bem como foi indicada a necessidade de acompanhamento de 90% das famílias Xacriabá com vítimas de suicídio e tentativas de autoextermínio até 2015 (Brasil, 2012).

A implementação de vigilância epidemiológica nos DSEI é, portanto, uma das estratégias que vêm sendo utilizadas no combate ao suicídio indígena, consistindo, inclusive, em uma proposta da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Essa vigilância é composta da coleta, organização e análise dos dados sobre tais eventos, o que tem possibilitado o acompanhamento das taxas de suicídio das comunidades indígenas, demonstrando seus padrões

e tendências característicos e oferecendo subsídios para a vigilância em saúde (Brasil, 2017). Os registros dos suicídios e tentativas, bem como a sistematização das informações, tornam-se, pois, importantes (Brasil, 2019). Tais registros são feitos em sistemas de informação do SUS, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que elenca na Declaração de Óbito (DO) informações sobre o indivíduo (como sexo, raça, ocupação), data, local, estabelecimento de saúde e município onde ocorreu, bem como causas primárias e secundárias da morte e prováveis circunstâncias de morte não natural (IBGE, 2010).

Outros sistemas de informação também permitem verificar dados importantes para compreender e realizar a vigilância epidemiológica do suicídio indígena. Entre eles está o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que possibilita a coleta, processamento e análise das informações para o acompanhamento das comunidades indígenas, abrangendo desde nascimentos a óbitos, passando por recursos humanos e acessos dessa população ao serviço (Souza, Scatena, & Santos, 2007). Além dele, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) contribui transcrevendo todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares custeados pelo SUS, disponibilizando informações sobre o hospital, o paciente e o processo de hospitalização (como os dias de permanência na UTI, procedimentos realizados, diagnóstico, etc.). Por fim, destaca-se o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), que tem como enfoque os dados de atendimentos provenientes de ambulatorios custeados pelo SUS, por meio da transcrição dos documentos de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) (IBGE, 2010).

As informações provenientes desses sistemas permitem visualizar a trajetória no SUS dos indígenas que vieram a óbito por suicídio, possibilitando a compreensão dos serviços utilizados, da frequência do uso e do acesso à saúde para esta população. Na literatura nacional, porém, foram encontrados poucos estudos que buscassem a compreensão do uso dos serviços do SUS pelas comunidades indígenas, sendo estes restritos a algumas etnias específicas, como os Kaingang (Hokerberg, Duchiade, & Barcellos, 2001; Diehl, 2001; Escobar et al., 2003), e um que descreve a percepção dos indígenas Xacriabá sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde na aldeia (Errico, 2011). Assim, visando ampliar a compreensão dessas trajetórias, o presente estudo tem como objetivo analisar as características da população de indígenas do DSEI MG/ES que vieram a óbito por suicídio, no período de 2008 a 2013, segundo os registros de procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados no SUS desde o ano 2000.

6.1 Método

Estudo retrospectivo da população de indígenas atendidos pelo DSEI MG/ES que vieram a óbito por suicídio no período de 2008 a 2013, considerando seu histórico de atendimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS desde o ano 2000.

6.1.1 Amostra

Compuseram a população deste estudo quatorze indígenas que vieram a óbito nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, entre 2008 e 2013, que foram heterodeclarados indígenas. Do total, cinco estavam registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), três no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), e seis em ambos os sistemas. A partir destes registros foram filtrados os registros de procedimentos realizados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

6.1.2 Fonte de Dados

A coleta das informações do presente estudo é proveniente de um banco de dados disponibilizado pelo DATASUS, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE) do Ministério da Saúde. Tal base de dados foi construída por meio de pareamento probabilístico e determinístico (Guerra Junior et al., 2018) de informações, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Neste estudo serão utilizados os dados do SIM, do período de 01/01/2000 até 31/12/2013, período que está condicionado à disponibilidade das informações da Base Nacional de Dados do SUS. Este banco de dados foi desenvolvido com o objetivo de agrupar uma base nacional que incluísse indicadores econômicos e epidemiológicos úteis ao acompanhamento e avaliação da atenção em saúde prestada, agrupando registros de mais de um sistema de informação (Guerra Junior et al., 2018).

Para esta construção, foi utilizado, segundo Guerra et al. (2018), um método de pareamento dos sistemas chamado *linkage* determinístico-probabilístico, que tem como objetivo encontrar os registros de um mesmo paciente nos diferentes arquivos da base de dados para unificá-los. O método de *linkage* determinístico foi aplicado aos identificadores únicos

(UID), números individuais atribuídos aos pacientes, confiáveis e/ou com base em comparação de múltiplos identificadores. Já o *linkage* probabilístico foi aplicado aos arquivos que apresentavam problemas de consistência, erros ou informações não declaradas. Nesse processo, cada registro recebeu somente um código da CID-10, podendo gerar para cada indivíduo diversos procedimentos.

Ressalta-se que tal coleta foi possível pela parceria estabelecida com a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que cedeu o banco de dados gerado e utilizado pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES) do PPGMAF/UFMG, assim como pelo apoio do DSEI MG/ES, que forneceu as informações sobre etnia e óbito localizadas no SIASI. Já os dados sociodemográficos foram coletados a partir do CENSO (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Sistema do IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), disponível de forma livre.

6.1.3 Procedimentos de Coleta dos Dados

Para a seleção dos participantes foram adotados critérios de inclusão e exclusão com base no estudo de Souza (2020). Na primeira etapa, foram incluídos os indivíduos residentes nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, localizados no SIM, que é alimentado com informações contidas na Declaração de Óbito (DO). Foram considerados todos os indivíduos identificados no campo da DO (raça/cor) como indígenas (que é identificado no sistema pelo número 5) e excluídos os que morreram antes de 2008 e depois de 2013.

A partir destes dados, para se traçar o perfil dos indivíduos que vieram a óbito, foram retiradas do SIASI, no mesmo período estudado, informações adicionais sobre características étnicas e foi realizada uma comparação referente a estes óbitos para formação da base principal. Além disso, foram acrescentadas informações como quantidade de habitantes do estado, indígenas por sexo e local de residência, que estavam disponíveis no SIDRA, com objetivo de realizar os cálculos das taxas.

Com esse perfil descrito, buscou-se, na segunda etapa, traçar uma linha de cuidados por meio do SIH/SUS e SIA/SUS, do período de 2000 até a data do óbito. Nos sistemas em questão, cada registro é composto de um conjunto de variáveis, sendo: a) um número de identificação do sujeito; b) a data e o código do procedimento realizado; c) a quantidade correspondente de procedimentos realizados; d) um campo com a descrição textual do procedimento; e) o código da CID-10 associado ao procedimento; f) a descrição do código e g) a identificação do sistema de origem da informação (SIM, SIH/SUS ou AIH). Os procedimentos foram analisados

cronologicamente, permitindo a construção de uma linha de cuidado individual, tendo como organizador inicial a data do óbito registrada no SIM e, a partir dela, a verificação de todos os procedimentos anteriores ao óbito. O período de 2008 a 2013 foi utilizado com o objetivo de garantir um acompanhamento mínimo de oito anos de uso do SUS.

Na sequência, investigou-se o perfil e o histórico dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais da amostra de indígenas, incluindo dados sobre a presença ou ausência de: 1) diagnóstico de transtorno psiquiátrico; 2) diagnóstico de doenças crônicas; 3) histórico de tentativas prévias relacionado a registros de tentativas de suicídio (Y 87.0 a Y 87.9: Sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente; e Y 10.1 a Y 34.9: Intoxicação exógena de intenção indeterminada) e 4) frequência de procedimentos realizados e último acesso ao SUS. As etapas de coleta de dados, com os sistemas de informação utilizados e as variáveis descritas, estão expostas no Quadro 4.

Quadro 4 - Etapas da coleta de dados

Etapa	Sistema	Variáveis
1ª Etapa	SIM	Número da D.O.; data do óbito; data nascimento; sexo; estado civil; município de residência; estado de residência; região de residência; município de ocorrência; estado de ocorrência; região de ocorrência; causa básica; local de ocorrência; linha A; linha B; linha C.
	SIASI	Polo base; aldeia; data nascimento; data óbito; município, UF; etnia; sexo; causa básica.
	SIDRA e IBGE	Quantitativo populacional por faixa etária, sexo, cidade, estado, região e total.
2ª Etapa	SIA e SIH	I. D.; data do procedimento; o código do procedimento; quantidade de procedimentos realizados; descrição textual do procedimento; o código da CID-10 associado ao procedimento; descrição do código; a identificação do sistema de origem da informação (SIHSUS ou AIH); histórico de CID de transtorno psiquiátrico; histórico de CID de doenças crônicas; histórico de suicídio; e último acesso ao SUS.

Fonte: Elaboração dos autores.

Ressalta-se que no TABNET/DATASUS, os óbitos de causas externas de morbidade e mortalidade, entendidas como Mortes Violentas, são classificadas segundo a CID-10 em códigos. Com o objetivo de determinar a relação do uso do SUS e do comportamento suicida com suas consequências, foram selecionados os seguintes CID: V 01-V 99 (Acidentes de transporte); W 00-W 19 (Quedas); W 65-W 74 (Afgamento e submersão acidentais); X 00-X 09 (Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas); X 40-X 49 (Envenenamento [intoxicação] acidental por/e exposição a substâncias nocivas); X 60-X 84 (Lesões autoprovocadas

intencionalmente); X 85-Y 09 (Agressões); Y 10-Y 34 (Eventos [fatos] cuja intenção é indeterminada); Y 87 (Sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente).

A busca foi realizada mais de uma vez, utilizando como filtros a raça e o município mais comum para comprovar a real inexistência dos dados, mas nenhuma destas estratégias gerou novos dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa — COEP/UFMG — sob o Parecer nº 16334413.9.0000.5149 como regulamentado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016.

6.1.4 Análise de Dados

Devido ao tamanho da amostra, foram empreendidas análises descritivas, que consideraram o cenário local e nacional, possibilitando a descrição do uso dos serviços de saúde dos indígenas que vieram a óbito por suicídio em diálogo com os achados na literatura. Para o cálculo das taxas de suicídio do estado de Minas Gerais foi considerada a população de referência de 31.112 pessoas que se autodeclararam indígenas, sendo 15.150 do sexo masculino e 15.962 do sexo feminino, segundo dados do Censo de 2010. Para a etnia Xacriabá levou-se em conta a quantidade de 9.177 indígenas autodeclarados, sendo 4.750 do sexo masculino e 4.432 do sexo feminino. Foram considerados os suicídios segundo seu ano de ocorrência, multiplicados por 100 mil habitantes e divididos pelo número de indivíduos que se declararam indígenas (número de óbitos x 100.000/população).

Como forma de categorizar as taxas de mortalidade, foi adotada a classificação formulada por Diekstra e Gulbinat (1993), referência para estudos sobre mortalidade, que utilizou como critério para sua construção a análise epidemiológica de três continentes. Segundo esta classificação, a mortalidade por suicídio deve ser considerada baixa quando os coeficientes são menores que cinco óbitos/100 mil habitantes; média, quando os coeficientes estão entre 5 e 15 óbitos/100 mil habitantes; alta, entre 15 e 30 óbitos/100 mil habitantes; e muito alta, quando os coeficientes são de 30 óbitos/100 mil habitantes ou maiores.

6.2 Resultados

No estado de Minas Gerais vivem 31.112 indígenas, sendo 9.682 aldeados. Destes, 9.117 se declararam indígenas, enquanto que 565 não se declararam, mas se consideram indígenas. Já no estado do Espírito Santo, são 9.585 indígenas, dos quais 3.005 são aldeados. Neste estado, considerando os indígenas que vivem em aldeias, 2.580 se declararam indígenas,

enquanto 425 não se declararam, mas se consideraram indígenas. Os desaldeados, indígenas localizados nos centros urbanos que residem fora das aldeias, são 21.995 em Minas Gerais e 6.580 no Espírito Santo (IBGE, 2010).

Considerando a população indígena desses dois estados, foram verificados no SIM/DATASUS quatorze óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, no período de 2008 a 2013, sendo oito do sexo masculino e seis do sexo feminino, todos ocorridos no estado de Minas Gerais. O ano mais frequente de óbito foi o de 2011, com quatro registros no total, sendo três para o sexo masculino e um para o sexo feminino. Ao contrário, 2009 foi o ano que teve o menor registro para as mulheres, sendo apenas um caso, e o ano de 2010 não teve nenhum registro para o sexo masculino. A maior taxa total de suicídio no estado foi em 2011, de 12,86 por 100 mil habitantes, classificada como média. Considerando o sexo, 2011 foi o ano que teve a maior taxa, considerada alta (19,80/100 mil) para o sexo masculino e 2012 uma taxa média para o feminino (12,53/100 mil) (Tabela 7).

Tabela 7 - Taxa anual de mortalidade por suicídio de indígenas, no período de 2008 a 2013, no estado de Minas Gerais

Ano	Masculino			Feminino			Total		
	Pop.	Óbitos	Taxa	Pop.	Óbitos	Taxa	Pop.	Óbitos	Taxa
2008		1	6,60		1	6,26		2	6,43
2009		2	13,20		0	0,00		2	6,43
2010	15150	0	0,00	15962	1	6,26	31112	1	3,21
2011		3	19,80		1	6,26		4	12,86
2012		1	6,60		2	12,53		3	9,64
2013		1	6,60		1	6,26		2	6,43

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Nota: Taxa de suicídio calculada a partir dos dados do Censo 2010 para uma população de 100.000 habitantes. Não foram encontrados óbitos para o Estado do Espírito Santo.

A etnia Xacriabá foi a mais frequente nos registros de óbitos por suicídio, como demonstrado na Tabela 8. A taxa média geral de suicídio nesta população foi média (16,35/100 mil), com os anos de 2011 e 2012 apresentando uma taxa alta e muito alta (21,79/100 mil; 32,69/100 mil). Quando observada segundo o sexo, a taxa se manteve alta (21,07/100 mil) em todos os anos estudados, sendo nula somente em 2010 para o sexo masculino; já no sexo feminino ela foi muito alta em 2012 (45,13/100 mil) e alta em 2011 e 2013 (22,56/100 mil).

Tabela 8 - Taxa anual de mortalidade por suicídio da etnia Xacriabá, no período de 2008 a 2013, segundo dados do SIM e SIASI com base na população do Censo de 2010

Ano	Masculino			Femino			Total		
	Pop.	Óbitos	Taxa	Pop.	Óbitos	Taxa	Pop.	Óbitos	Taxa
2008		1	21,07		0	0,00		1	10,90
2009		1	21,07		0	0,00		1	10,90
2010	4745	0	0,00	4432	0	0,00	9177	0	0,00
2011		1	21,07		1	22,56		2	21,79
2012		1	21,07		2	45,13		3	32,69
2013		1	21,07		1	22,56		2	21,79

Fonte: SIM/DATASUS/SUS

Nota: Taxa de suicídio calculada a partir dos dados do Censo 2010 para uma população de 100.000 habitantes.

Dos onze óbitos localizados no SIM, quatro não constavam no SIASI. Em contrapartida, três óbitos foram localizados somente no SIASI, mas não constavam na base do SIM. Quatro óbitos que constavam somente no SIM não tiveram sua etnia e aldeia identificadas. Os demais casos são da etnia Xacriabá, residentes nas aldeias de Barra do Sumaré, Morro Falhado, Itapicuru, Imbaúba, Barreiro Preto e Pindaíbas, pertencentes ao município de São João das Missões. As características dos óbitos, registrados tanto no SIM quanto no SIASI, estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9 - Características dos óbitos por suicídio no SIM e no SIASI no período de 2008 a 2013 no DSEI MG/ES

N	Data do óbito	Idade	Sexo	Etnia/Aldeia	Município/Estado	Causa Básica	Base de Dados
IN 01	17/04/2008	30	F	N.I.	Três Marias (MG)	X70.0	SIM
IN 02	12/09/2008	48	M	Xakriaba/Barra do Sumaré	São João das Missões (MG)	X70.9	SIASI
IN 03	20/10/2009	43	M	N.I.	Sabinópolis (MG)	X70.0	SIM
IN 04	30/10/2009	44	M	Xakriaba/Morro Falahdo	São João das Missões (MG)	X76.0	SIASI
IN 05	22/12/2010	63	F	N.I.	Patos de Minas (MG)	X610	SIM
IN 06	01/01/2011	31	M	Xakriaba/Itapicuru	São João das Missões (MG)	X72	SIASI
IN 07	6/11/2011	48	M	N.I.	São João das Missões (MG)	X68.0	SIM
IN 08	17/12/2011	28	M	N.I.	Araxá (MG)	X70.0	SIM
IN 09	19/12/2011	15	F	Xakriaba/Imbauba	São João das Missões (MG)	X70.8 (SIASI) X70.0 (SIM)	SIM/SIASI
IN 10	22/01/2012	36	F	Xakriaba/Barreiro Preto	São João das Missões (MG)	X68 (SIASI) X84.0 (SIM)	SIM/SIASI
IN 11	28/02/2012	12	F	Xakriaba/Imbauba	São João das Missões (MG)	X70.8	SIM/SIASI
IN 12	14/12/2012	30	M	Xakriaba/Barreiro Preto	São João das Missões (MG)	X70.0 (SIM) X70.8 (SIASI)	SIM/SIASI
IN 13	26/2/2013	20	F	Xakriaba/Imbauba	São João das Missões (MG)	X70.0 (SIM) X70.8 (SIASI)	SIM/SIASI
IN 14	31/12/2013	16	M	Xakriaba/Pindaibas	São João das Missões (MG)	X70.0	SIM/SIASI

Legenda: IN: Indígena. N. I.: Não Informado; M: Masculino; F: Feminino.

Fonte: SIM/SIASI/DATASUS/MS

No registro da causa básica do óbito, o enforcamento (X 70) foi a mais frequente, com nove registros, tendo também causas como autointoxicação por/e exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (X 61), autointoxicação por/e exposição,

intencional, a pesticidas (X 68), lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão (X 72), lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas (X 76) e lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (X 84). Somente um dos óbitos teve divergência de registro na base quanto ao método, sendo X 68 (autointoxicação por/e exposição, intencional, a pesticidas) no SIASI e X 84 no SIM (lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados). Três registros apresentaram divergência quanto ao local especificado segundo o CID, havendo no SIM a presença do CID 70.0, em que consta “local não especificado”, e no SIASI o CID 70.8, em que consta “outros locais especificados”. Nas linhas complementares das causas de óbito da DO, foram registrados os mesmos CID da causa básica, nos óbitos por enforcamento (X 70) o CID complementar utilizado foi asfixia (T 71). Somente em dois casos foram registrados outros CID, sendo um destes Arritmia cardíaca não especificada (I 49.9) e o outro Episódio depressivo não especificado (F 32.9).

Na investigação da trajetória dos indígenas pelos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS, dos 14 indígenas localizados no SIM/SIASI, apenas três possuíam registro de procedimento no SIH/SUS e somente um destes pacientes teve registro de procedimentos no SIA/SUS. Os indivíduos com registros de procedimentos eram todos do sexo feminino, com idade entre 30 e 63 anos e pertencentes ao estado de Minas Gerais (Tabela 10).

Tabela 10 - Procedimentos registrados no SIH e no SIA de 2000 a 2013 de indígenas que vieram a óbito por suicídio no período de 2008 a 2013 no DSEI MG/ES

SIM				SIH / S U S				S I A / S U S			
N	Causa do óbito	Idade	Sexo	Data internação	Data Saída	Diagnóstico	Procedimento Realizado	Município de realização	Data Ocorrência	PA Principal	Município de realização
IN 01	X 70.0	30	F	05/02/2003	07/02/2003	O 82.8 - Outros tipos de parto único por cesariana	Parto cesariano	Três Marias (MG)		S.R.	
IN 05	X 60.1	63	F	02/08/2000	05/08/2000	D 25.9 - Leiomioma do útero, não especificado	Histerectomia subtotal	Carmo do Paranaíba (MG)	30/01/2010	Exame do citopatológico cervico vaginal/ microflora	Patos de Minas
				20/12/2010	22/12/2010	T 65.8 - Efeito tóxico de outras substâncias especificadas	Tratamento de intoxicação ou envenenamento	Patos de Minas (MG)	26/02/2010	Mamografia bilateral (rastreamento)	Patos de Minas
IN 10	X 84.0	36	F	28/11/2007	28/11/2007	H 11.9 - Transtorno não especificado da conjuntiva	Recobrimento conjuntival	São Paulo (SP)		S.R.	

Legenda: Legenda: IN: Indígena. N. I.: Não Informado; M: Masculino; F: Feminino; S.R.: Sem Registro.

Fonte: SIM/SIASI/SIA/SIH/DATASUS/MS

Na linha de cuidado dos indígenas que vieram a óbito por suicídio, a indígena 01 (IN 01), do município de Três Marias (MG), veio a óbito com 30 anos. Ela foi localizada somente no SIM, não tendo a cobertura da Sesai, o que faz com que não tenha registro no SIASI, configurando uma indígena desaldeada, tendo sua etnia e aldeia não registradas. Seu óbito foi por enforcamento em um local não especificado. Ela acessou o SIH/SUS em 05/02/2003, ficando três dias internada para realização do procedimento de um parto cesariano (O 82.8 - Outros tipos de parto único por cesariana), com alta no dia 07/02/2003. Na busca realizada, não foram localizados registros desta paciente no SIA/SUS.

A segunda indígena identificada na base do SIH/SUS, IN 05, do sexo feminino, veio a óbito quando tinha 63 anos e residia em Pará de Minas (MG). A paciente era desaldeada, não possuindo etnia e aldeia identificada, tendo sido localizada somente na base do SIM. Veio a óbito por autointoxicação por/e exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte (X 61) em local não especificado. Ela realizou dois acessos ao SIH/SUS, um em 02/08/2000, para realização do procedimento de Histerectomia subtotal com o diagnóstico de Leiomioma do útero, não especificado (D 25.9), no município de Carmo do Paranaíba (MG), ficando internada por quatro dias com saída no dia 05/08/2000. O segundo procedimento realizado no âmbito hospitalar foi no dia 20/12/2010 por motivo de Efeito tóxico de outras substâncias especificadas (T 65.8), quando realizou o procedimento de Tratamento de intoxicação ou envenenamento. A paciente veio a óbito no dia 22/12/2010 no município de Patos de Minas (MG). No SIA/SUS a IN 05 realizou dois procedimentos, o primeiro de Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora no dia 30/01/2010, e o segundo de Mamografia bilateral (rastreamento) no dia 26/02/2010, sendo ambos realizados no município de Patos de Minas (MG).

A indígena identificada como IN 10, do município de São João das Missões, da aldeia Barreiro Preto, da etnia Xacriabá, veio a óbito com 36 anos. Foi registrada no SIASI a causa de óbito como autointoxicação por/e exposição, intencional, a pesticidas (X 68) e no SIM como lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (X 84) em local não especificado. Ela realizou no SIH/SUS o procedimento de Recobrimento conjuntival, em razão do diagnóstico de Transtorno não especificado da conjuntiva (H 11.9), com entrada e alta no dia 28/11/2007, e o procedimento foi realizado no estado de São Paulo. Não foram encontrados registros de procedimentos desta paciente na base do SIA.

Para os demais indígenas localizados no SIM e SIASI, não foram verificados registros de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados. Nenhum dos procedimentos

realizados no SIA/SUS e SIH/SUS são referentes a tentativas de suicídio ou manejo de consequências advindas desses.

6.3 Discussão

O presente estudo descreveu, com base nos sistemas de informação em saúde, registros de procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados no SUS desde o ano 2000 por indígenas que vieram a óbito por suicídio no DSEI MG/ES, no período de 2008 a 2013. Foi constatado que nesta população a taxa de suicídio neste período foi de 7,50 por 100 mil habitantes, o que representa uma taxa média, segundo a classificação proposta por Diekstra e Gulbinat (1993), na qual taxas de 30 ou mais mortes/100 mil habitantes são consideradas muito altas. Esta taxa de óbitos por suicídio indígena é maior do que a observada nacionalmente no mesmo período (10,5/100 mil) (Souza, 2020), sendo maior também do que a taxa da população geral no estado de Minas Gerais, que é de 9,6 por 100 mil habitantes (Brasil, 2019b). O crescente número de óbitos foi constatado também por D’Eça Júnior et al. (2019), em seu estudo realizado com a população brasileira, que mostrou uma tendência crescente de suicídio na região Sudeste, com maior frequência no sexo masculino e na faixa etária entre 20 e 29 anos durante o período de 1996-2015.

No estado de Minas Gerais, a maior frequência dos óbitos por suicídio em povos indígenas foi observada no sexo masculino, o que confirma os achados encontrados em outras etnias dos estados do Amazonas (Souza & Orellana, 2012), Roraima (Souza & Júnior, 2017) e Mato Grosso do Sul (Grubits & Norega, 2011). Segundo estudo realizado pela Sesai (Brasil, 2019c), foram analisados 725 óbitos por suicídio registrados no SIASI ocorridos entre 2010 e 2017, dos quais 32,1% eram de indígenas do sexo feminino e 67,9% do sexo masculino. Na população geral, o óbito maior entre homens é atribuído ao uso de métodos mais letais, a intencionalidade, a morte, e a presença de maior agressividade, fatores identificados por Machado e Santos (2015), com uma razão de suicídio de 3,7 homens para 1 mulher, o que confirma a maior presença de suicídios masculinos no cenário nacional.

Acerca do método mais utilizado para o suicídio dos indígenas, verificou-se que o enforcamento é o método mais utilizado por homens (Brasil, 2019b) devido a sua letalidade, mas no cenário indígena ambos os sexos utilizaram esse método com frequência alta. Uma possível explicação para tal fato pode ser a dificuldade de acesso da população indígena a medicamentos, armas de fogo e outros métodos, além de uma maior proximidade a instrumentos para o enforcamento, o que também pode ser notado na população geral, assim

como a distância até as aldeias, o que pode gerar uma falta de acesso a serviços de saúde emergenciais (Souza & Orellana, 2012).

Surpreendentemente, todos os registros identificados no SIH e SIA são do sexo feminino, e o mesmo padrão pode ser observado na população geral, ou seja, de que homens geralmente apresentam maior resistência ao autocuidado, e não procuram o serviço de saúde de forma preventiva, buscando os atendimentos somente em eventos agudos, especialmente em caso de dor (Lemos, Ribeiro, Fernandes, Bernardes, Fernandes, 2017). Errico (2011) corrobora essa visão, indicando que as mulheres indígenas de seu estudo foram as que procuraram a atenção básica mais frequentemente, e argumenta que as mulheres, inclusive as indígenas, são as principais responsáveis pelo acompanhamento dos familiares ao médico e pelo tratamento das doenças, fazendo com que desenvolvam maior familiaridade com o funcionamento do sistema de saúde, o que pode explicar a maior prevalência delas no acesso aos serviços (Errico, 2011).

Outra informação que pode justificar a maior presença das mulheres é o fato de que a maioria dos procedimentos descritos está relacionada com o sistema reprodutivo feminino, como parto e exames preventivos do colo do útero e das mamas. Errico (2011) verificou que entre as especialidades mais procuradas na etnia estudada está a ginecologia, ainda que não tenha identificado nenhuma associação estatisticamente significativa entre os gêneros, no que tange ao acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Outro achado deste estudo é a ausência de registros de óbitos no estado do Espírito Santo, ainda que este possui 9.585 indígenas, dos quais 3.005 são aldeados (IBGE, 2010). Segundo Barcellos (2008), os Tupiniquim e os Guarani, etnias que residem no Espírito Santo, têm um histórico de luta contra grandes empresas que visam promover projetos de desenvolvimento articulados à modernização e à globalização, o que levou a população indígena desse território a não ter sua identidade reconhecida e suas terras demarcadas, por muito tempo. Uma das hipóteses para a ausência de óbitos no Espírito Santo é a de que este processo de negociação e luta representou um desafio para o reconhecimento das etnias, o que tem impacto direto na assistência em saúde (Barcellos, 2008), culminando em menos acesso e, conseqüentemente, menos registros nos sistemas de informação de saúde.

Todos os indivíduos com etnia identificada neste estudo foram da etnia Xacriabá, e a taxa de suicídio encontrada foi alta (25,43/100 mil). Consoante, Pena et al. (2009) observaram que os Xacriabá apresentavam coeficientes de mortalidade altos, sendo o suicídio uma das principais causas de morte. Xacriabá (2018) também verifica um alto índice de suicídios nessa população. Para Pena et al. (2009), os indicadores demográficos dessa etnia sinalizam situações

de desigualdade por ela vivenciadas (Pena et al., 2009). A história desta etnia, como a de outros povos indígenas brasileiros, é marcada por fortes processos de mudança, dominação e integração sociocultural, o que representa um fator de risco, e a exposição a estes fatores pode potencializar um maior risco de suicídio (Botega, 2015; WHO, 2017). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2019b), existem evidências suficientes demonstrando que as situações sociais precárias de diversas comunidades indígenas, decorrentes do contato histórico com os não indígenas, têm relação com o aumento das taxas de suicídio nestas comunidades.

Nesse contexto, há que se reconhecer a necessidade de ampliação do olhar sobre o comportamento suicida entre os povos indígenas, devendo-se considerar a complexidade dos fatores de risco desta população, como o impacto do contexto de discriminação e marginalização, o processo de colonização traumática e a perda das formas tradicionais de vida (Nações Unidas, 2009). Outros fatores de risco para o comportamento suicida em contextos indígenas são elencados, como a impossibilidade de recuo, o contexto de violência e pobreza, terra e sociedade enfraquecida, conflito geracional e familiar, passagem para a vida adulta e relações com a sociedade envolvente (Brasil, 2019b).

Assim, além do reconhecimento das violações de direitos que os povos indígenas sofrem, com o decorrente aumento dos fatores de risco, é necessário compreender como os próprios indígenas dão sentido ao fenômeno do suicídio, a partir de seu universo simbólico (Souza, 2019). O conhecimento sobre os aspectos culturais e da cosmologia dos povos indígenas é de extrema importância a quem presta atendimento à saúde, para que os profissionais consigam promover mudanças necessárias à prática da atenção diferenciada pregada pela Política Nacional de Saúde Indígena, pois o conhecimento da cultura de um povo é um passo importante para que se possa respeitá-lo (Bertolani, 2008).

Com a maior frequência dos óbitos verificados na etnia Xacriabá neste estudo, pode-se perceber, assim como descrito por Xacriabá (2018) ao denunciar o crescente suicídio entre jovens de sua comunidade, que este comportamento está relacionado com a migração desses jovens em busca de melhores condições de vida, o que, muitas vezes, “se transforma em pesadelo e sofrimento para toda a coletividade” (p. 108), uma vez que eles acabam vivenciando condições de violência análogas à escravidão. Isso altera a relação entre as pessoas na comunidade e a relação que a comunidade estabelece com a terra, afetando as tradições. Tal fato que pode ser entendido como um fator de risco, pois, como descreve Xacriabá (2018), a relação com o sagrado é o que orienta a tradição do povo Xacriabá, sendo a espiritualidade o principal pilar que sustenta o seu povo no território. Nesse sentido, Xacriabá (2018) ressaltou ainda que momentos culturais e festivos nos quais há a manutenção das tradições, o reencontro

intergeracional da comunidade e das memórias que são reavivadas são avaliados como uma estratégia interna de prevenção do adoecimento psíquico e do suicídio, sendo recomendado pelo pajé de uma das aldeias Xacriabá o fortalecimento dessas atividades nas comunidades.

Ainda sobre os Xacriabá, o estudo de Errico (2011) avaliou o acesso aos serviços de saúde e seu uso pela comunidade, observando que a população tem um bom nível de utilização dos serviços e que o fazem com regularidade, segundo a percepção da comunidade. A autora revela que a maior parte dos indígenas de seu estudo procuraram pelos Postos de Saúde dos Polos-Base, sendo que 79% dos indígenas disseram fazer uso regular da atenção básica e que 24% da população de seu estudo tiveram acesso aos serviços de média e alta complexidade. No presente estudo constatou-se que 11 indígenas que se suicidaram não fizeram uso dos serviços de saúde, ou, pelo menos, não houve registro. Esses dados não são suficientes para contrapor os resultados de Errico (2011), ainda que possam ser indicativos de que há determinadas dificuldades de acesso dos indígenas aos serviços de saúde do SUS.

Nas discussões propostas por Errico (2011), não se desconsidera que “o desafio na área indígena Xacriabá, e também nas outras áreas indígenas, é a implementação eficaz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (p. 87). Ademais, foram recebidas sugestões dos indígenas relacionadas ao aumento do acesso aos serviços de saúde, principalmente de média e alta complexidade, que, na maioria das vezes, é limitado nas áreas rurais e o transporte até eles é um desafio (Errico, 2011). Assim, de acordo com a autora, entre as dificuldades que os serviços de saúde prestados aos indígenas apresentam para a sua efetivação, está a distância dos estabelecimentos de saúde, o que indica que a pobreza e o isolamento geográfico são barreiras ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Em diálogo com tal discussão, destaca-se que um dos procedimentos descritos da indígena identificada como IN 10, da etnia Xacriabá, ocorreu no estado de São Paulo, fora do DSEI MG/ES. Segundo Orelleana, Basta e Souza (2013), a ausência de óbitos por suicídio indígena em contexto hospitalar aponta para a hipótese de menor acesso dos povos indígenas a esses serviços de saúde.

Assim, a ausência de registros no SIA e SIH pode se dar em decorrência da dificuldade de acesso dos indígenas aos níveis de complexidade médio e alto. Nesse contexto, uma limitação do presente estudo é a ausência de dados acerca dos procedimentos realizados na atenção básica. Como aponta Errico (2011), a existência de um serviço de uso regular, referência para as pessoas, como o da atenção básica, é um fator capacitante para o acesso aos serviços de saúde. Assim, informações sobre os atendimentos da atenção básica, que poderiam ter sido obtidas pelo SIASI, demonstrariam se a dificuldade de acesso se restringe aos níveis de

média e alta complexidade, tendo em vista a discussão acima. Tal limitação pode ter contribuído para que as linhas de cuidado descritas contassem apenas com indígenas não aldeados, pois estes acessam o serviço de saúde da população geral, como os hospitais, sendo as populações aldeadas cobertas por uma assistência organizada na aldeia e pela Casai (Casa de Saúde Indígena) (Maia et al., 2019).

Além da falta específica aos registros da atenção básica, a presença de poucos procedimentos registrados nos níveis de média e alta complexidade, bem como a ausência de identificação de etnias em alguns registros, representam uma limitação importante deste estudo. A utilização de sistemas de informação em saúde foi apontada como um limitador em outras pesquisas acerca do suicídio indígena (Souza, Oliveira, Alvares-Teodoro, & Teodoro, no prelo). Segundo Mendes, Leite, Langdon e Grisotti (2018), na atenção à saúde indígena, os sistemas de informação são um desafio à parte, devido a problemas na confiabilidade dos dados e na comunicação entre os sistemas, o que gera dificuldades na realização da avaliação das reais necessidades locais da comunidade e na criação de estratégias para satisfazê-las. Lazzari et al. (2018), em estudo que buscou compreender o suicídio indígena em crianças e adolescentes, verificaram a presença de mortes não declaradas ou descaracterizadas, que podem ter sido perdidas mesmo após o cruzamento de mais de um banco de dados. Assim, mesmo após 20 anos da implantação da PNSI, ainda faltam dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país, o que representa um desafio para a melhoria dos serviços e monitoramento das ações em saúde (Mendes, Leite, Langdon, & Grisotti, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2019a), é necessário ampliar e qualificar a sistematização e o registro das informações, de modo a permitir uma compreensão adequada do fenômeno suicídio entre as populações indígenas brasileiras, pois a sistematização das informações possibilita, além do registro quantitativo dos dados, identificar também os determinantes do comportamento segundo cada especificidade local e étnica. Uma tentativa para qualificar essa sistematização foi a elaboração de uma “Ficha Complementar de Notificação/Investigação Individual de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas – Sesai”, que deve ser anexada, em casos de óbito por suicídio, à Declaração de Óbito do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Tal ficha tem como objetivo facilitar a notificação e a compreensão do fenômeno entre povos indígenas, bem como colaborar com informações que auxiliem na elaboração de políticas públicas integradas e intersetoriais que possam agregar ao bem viver das comunidades indígenas brasileiras (Ministério da Saúde, 2019a).

A alimentação responsável dos bancos de dados em saúde possibilita o planejamento de estratégias locais para a prevenção do suicídio e o melhor funcionamento dos serviços de saúde.

Isto se torna possível na medida em que a notificação compulsória é realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde sobre o episódio ou a suspeita de doenças e agravos como o suicídio (Brasil, 2016). Existem diversas fontes de informação em saúde, mas faz-se necessário integrá-las para que, de fato, sejam desenvolvidas estratégias de orientações para ações. Os dados só são possíveis de serem utilizados quando são transformados em informações, e para isso estudos e pesquisas precisam ser realizados a fim de analisá-los. Com o uso deles, pode-se avançar na avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Indígena e contribuir com políticas de prevenção ao suicídio indígena, tendo em vista que a informação em saúde é necessária para a organização e tomada de decisão nos serviços de saúde, além do acompanhamento, monitoramento e avaliação de estratégias (Branco, 2001).

A partir de tais considerações e dos achados deste estudo, recomenda-se o contínuo avanço das formas de monitoramento epidemiológico, bem como pesquisas que busquem compreender as especificidades de cada etnia. Para Mendes et al. (2018), de modo geral, é possível afirmar que houve avanços importantes no cenário da saúde indígena no país, como o aumento do acesso desse público aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, os dados disponíveis apontam para uma distância entre o que a PNASI prevê e as ações que se concretizam de verdade (Mendes et al., 2018). Para essas autoras, “há que se mencionar a persistência de uma distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira” (Mendes et al., 2018, p. 4), como é o caso da taxa de mortalidade por suicídio na população indígena brasileira, quase três vezes maior do que na população geral (Brasil, 2019a).

Assim, políticas públicas que busquem enfrentar e prevenir o suicídio indígena são necessárias, considerando que a violência contra os povos indígenas no Brasil vem crescendo e reflete, atualmente, uma lógica de que os povos indígenas representariam um obstáculo ao progresso e desenvolvimento do país em termos econômicos, sociais e culturais. Tal visão é em grande parte reforçada pelo atual governo (IWGIA, 2019). De acordo com o *Relatório de Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil* (Cimi, 2017), o quadro de violência vem se agravando, como evidenciado em todos os registros de violência contra o patrimônio, contra a pessoa e por omissão do poder público. A última inclui os suicídios, uma violência que aparece desde sempre contra os povos originários do território nacional, mas que passou a ser registrada e ter visibilidade mais recentemente.

Segundo Luciano (2006), uma potente estratégia de enfrentamento está no fortalecimento e na consolidação do movimento indígena organizado, que se propõe a levar o

conhecimento do processo histórico vivido pelos povos indígenas, com suas diferentes estratégias de resistência e lutas adotadas até a época presente, à população em geral, ventilando esperança em face dos desafios atuais, bem como possibilidades e perspectivas diante das adversidades que possam vir a surgir. De acordo com Landgraf, Imazu e Rosado (2020), há necessidade de estratégias que visem à educação permanente como uma forma de desconstruir a tentativa frequente de homogeneização do cuidado, que desconsidera as distintas realidades brasileiras, muitas vezes justificada pela ideia do “indígena aculturado”, que estaria descolado de sua coletividade simplesmente por não reproduzir estereótipos de indianidade, o que gera muitas vezes maus cuidados, que não respeitam a cultura e as vivências destes povos (Landgraf, Imazu, & Rosado, 2020).

6.4 Considerações Finais

No presente estudo verificou-se que há uma lacuna no uso do SUS pelos indígenas que se suicidaram no período estudado, seja devido ao não acesso ou ao não reconhecimento destes povos nesses ambientes ambulatoriais e hospitalares, o que gera uma falta de registros. Estratégias que visem à capacitação dos profissionais de saúde para a compreensão e manejo, em conjunto com a rede, dos casos de suicídio indígena, assim como a produção de informações decorridas destes atendimentos, são necessárias. Reduzir as barreiras de acesso e possibilitar meios de entrada destes indivíduos no sistema de saúde é garantir o direito constitucional à saúde e a aplicação do princípio da equidade, pelo qual o indígena é visto em suas especificidades e, sendo assim, seu acesso ao serviço é validado a partir das suas pluralidades.

Os profissionais de saúde podem exercer um papel importante na construção deste olhar em conjunto com os povos indígenas brasileiros; com alteridade e empatia eles podem ajudar estes indivíduos a tomarem consciência das barreiras que limitam o acesso ao serviço para que elas possam ser rompidas por meio de estratégias eficazes. Nesse sentido, merece destaque a implementação de ações que tenham como base o bem viver em comunidade com foco na valorização da cosmologia da comunidade, da preservação e fortalecimento da sua religião, da conexão com o território e do desenvolvimento da medicina tradicional aliada ao fazer do profissional. Todas estas ações possibilitam a potencialização dos fatores de proteção, que geram como impacto o fortalecimento da comunidade e consecutivamente a valorização da vida e prevenção do suicídio nos contextos tradicionais.

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de novos estudos que devem ser conduzidos levando em consideração a diversidade dos indígenas no cenário nacional, com

delineamentos que respeitem as características locais e que contemplem mais de um tipo de estudo, abarcando os olhares antropológicos, epidemiológico, sociológico e psicológico. Ressalta-se ainda a necessidade de estudos que abordem a etnia Xacriabá, tendo em vista a frequência dos óbitos e seu impacto nesta comunidade. Ações em saúde devem ser planejadas segundo as etnias e seus significados para sua saúde, pois estratégias impositivas e colonizadoras em saúde tendem a não ter continuidade muitas vezes devido à não compreensão da proposta ou ao não interesse em algo que não está alinhado com a realidade local da comunidade. Um forte parceiro neste processo são os conselhos locais de saúde, que devem ser fortalecidos para que, junto com os dados produzidos no território, possam reivindicar a efetivação do acesso em saúde que respeite os princípios da equidade, integralidade e universalidade.

Referências

- Barcellos, H. (2008). *Desterritorialização e r-existência Tupiniquim: mulheres indígenas e o complexo agroindustrial da Aracruz Celulose* [manuscrito] / Gilsa Helena Barcellos.
- Branco, M.A.F. (2001). Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: Branco, M. A. F. *Política Nacional de Informação em Saúde no Brasil: um olhar alternativo*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Bertolani, M. N. (2008). *Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise da relação entre o sistema de saúde Guarani e a biomedicina*. Dissertação de Mestrado em Política Social. Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Brasil. (2002). Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. (2ª ed.) - Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. (3ª ed.). *O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios*. Brasília, Editora do Ministério da Saúde. Recuperado a partir de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados/* Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado a partir de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_fatores_risco_prognostico.pdf
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DEVDANTPS. *Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena. Área técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais - CGAPSI/DASI/SESAI. Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. Brasília.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 48(30) –ISSN 2358-9450.

- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Sistema de Informação Sobre Mortalidade*. Brasília.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. *Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI*. Recuperado a partir de: <http://portalms.saude.gov.br/sesai>
- Brasil. (2019a). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. *Manual de Investigação/Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas*. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2019b). Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2019 set [data da citação]; 50(n.esp.):1-154. Recuperado a partir de: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
- Brasil. (2019c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, 11, 50(15), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.
- Botega, N.J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- CIMI. (2017). *Violência contra os Povos Indígenas no Brasil*. Recuperado a partir de: https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf
- D’Eça Júnior, Aurean, Rodrigues, Livia dos Santos, Meneses Filho, Edivaldo Pinheiro, Costa, Larissa Di Leo Nogueira, Rêgo, Adriana de Sousa, Costa, Luciana Cavalcante, & Batista, Rosângela Fernandes Lucena. (2019). Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante?. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(1), 20-24. Epub February 21, 2019. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>
- Diehl, E.E. (2001). Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), 439-445.
- Diekstra, R.F. (1993). Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Ann*, 46(1):52-68.
- Errico, L.S.P. (2011). *Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais*. 2011. Tese de Doutorado em Saúde e Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Escobar, A.L. et al. (2003). Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Jr., C. E. A., Santos, R. V. & Escobar, A. L. (Org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, p. 127-147.
- Fukumitsu, K.O. & Kovács, M.J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 47(1), 3-12, Porto Alegre.

- Grubits, S.F. & Noriega, J.A.V. (2011). Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300006>
- Guerra Junior, A.A. et al. (2018). Building the National Database of Health Centred on the Individual: Administrative and Epidemiological Record Linkage - Brazil, 2000-2015. *International Journal of Population Data Science*, 3(3), 20.
- Hökerberg, H.M., Duchiate, M.P., & Barcellos, C. (2001). Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), 261-272.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Características Gerais dos Indígenas – Resultado do Universo: Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IWGIA. (2018). *The Indigenous World 2018*. Recuperado a partir de: <https://www.iwgia.org/images/documents/indigenous-world/indigenous-world-2018.pdf>.
- Landgraf, J., Imazu, N. E. & Rosado, R. M. (2020). Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190166. Epub September 23, 2019. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1590/interface.190166>
- Lazzarini, T., et al. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista De Saúde Pública*, 52(56). Recuperado de: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000541>
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília.
- Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008. (2008). Regulamenta o inciso VII do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; revoga a Lei nº 6.638, de 8 de maio de 1979; e dá outras providências. Recuperado a partir de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11794.htm
- Lemos, A.P. et al. (2017). Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Rev enferm UFPE on line*, 11, 4546-53, Recife.
- Machado D.B. Santos D. N dos. (2015). Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *J Bras Psiquiatr.* 64(1).
- Maia, J.A., Santana, A.M., Assis, B.G., & Correa, R.R. (2019). Acesso dos Usuários Indígenas aos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade. *Ciência em Foco*. 3(2), 144 - 154.
- Mendes, A.M., Leite, M.S., Langdon, E.J., & Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

- Orellana, J.D.Y., Basta, P.C., & Souza, M.L.P. de. (2013). Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 658-669. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300010>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para Professores e Educadores. Transtornos mentais e comportamentais* - Departamento de saúde mental. OMS: Genebra. Recuperado a partir de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf;jsessionid=8B9A8A3A720874FBCD742833052FFBB0?sequence=5
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra.
- Pena, J.L., Heller, L., & Dias Júnior, C.S. (2009). A população Xakriabá, Minas Gerais: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 26(1), 51-59. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982009000100005>
- Santos, L.G. (2016). *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. LACED/Museu Nacional, 2006. ISBN 978-85-60731-16-9.
- SESAI. (2017). *Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017–2018*. Brasília: SESAI.
- SESAI. (2019). Ministério da Saúde. *Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI*. Recuperado a partir de: <http://portalms.saude.gov.br/sesai>
- Souza, M.L.P. de. (2019). Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 35(15), e00019219. Recuperado a partir de: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/819/mortalidade-por-suicidio-entre-criancas-indigenas-no-brasil>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019219>
- Souza, R. S. B. Suicídio em povos indígenas: caracterização epidemiológica e trajetória dos cuidados em saúde. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia: cognição e comportamento, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.
- Souza, M. da C, de, Scatena, J.H.G., & Santos, R.V. (2007). O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 853-861. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>
- Souza, M.L.P. de. & Onety Júnior, R.T. (2017). Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4), 887-893. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400019>

Souza, M.L.P. de, & Orellana, J.D.Y. (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(1), 34-37. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000100007>

World Health Organization. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Geneva. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>

Xakriaba, C.N.C. (2018). *O Barro, o Genipapo e o Giz no fazer epistemológico de Aatoria Xakriabá: reativação da memória por uma educação territorializada*. Dissertação de Mestrado, Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização dos três estudos apresentados nesta tese, que teve como objetivo caracterizar o fenômeno do suicídio nas populações indígenas brasileiras por meio da descrição dos óbitos e do uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS no cenário nacional, foi possível visualizar um recorte do cenário do suicídio indígena no Brasil e os desafios do seu enfrentamento por meio do SUS. O presente trabalho descreveu o cenário nacional do comportamento suicida nas comunidades indígenas brasileiras, assim como relevou dados inéditos do suicídio indígena no estado de Minas Gerais, o que possibilita uma melhor identificação do problema e um avanço na descrição deste fenômeno no âmbito nacional e local, reforçando-se também a necessidade de novos estudos que escutem as comunidades e os seus significados, para haver integração com os dados quantitativos levantados.

Portanto, ainda que o presente estudo seja um avanço na compreensão de tal temática, novos estudos são necessários de modo a determinar os sentidos do suicídio entre os povos indígenas por meio de métodos quali-quantitativos, levantamento de estratégias culturalmente adotadas para lidar com este fenômeno e o desenvolvimento de propostas que fomentem recursos de enfrentamento para a contenção do comportamento e valorização da vida no território. Todas estas ações devem ser desenvolvidas em conjunto com as comunidades de forma horizontal, o que só será possível se agências de fomento à pesquisa e o governo incentivarem o desenvolvimento destas pesquisas por meio de recursos e linhas de incentivo específicas para a prevenção do suicídio e a valorização da vida nas terras indígenas. Os povos indígenas brasileiros passam por um processo de autoafirmação constante, o que foi visto nos resultados encontrados, que culmina em um movimento de invisibilização desta população, que quase não é notada pelos cientistas brasileiros. Poucas produções científicas na área foram encontradas, mesmo havendo estatísticas tão alarmantes sobre o suicídio nesta população.

Pensando no cenário nacional e nas especificidades de cada povo, percebe-se a necessidade de aprimorar a qualidade das informações em saúde produzidas nesse cenário, a partir da capacitação dos profissionais e da produção de informações em saúde que atendam às necessidades das comunidades. Com estas informações, será possível compreender as características deste fenômeno e sua representação nas diversas etnias, sem a generalização do índio brasileiro como um povo só, e, assim, considerar a cosmovisão indígena quanto à vida e ao suicídio, que apresentam características diferentes para cada etnia.

Foi constatado que o DSEI MG/ES necessita de uma atenção especial, devido a suas características epidemiológicas e pela diversidade do seu povo, com destaque para a etnia

Xacriabá, na qual foram verificadas altas taxas de suicídio. Levando em consideração as vulnerabilidades sociais e as precariedades do território onde estão inseridos estes indígenas, faz-se necessário pensar no seu uso do sistema de saúde, garantindo o acesso da população previsto pela PNSI. Assim, seria possível tornar real a efetivação dos direitos constitucionais e o cuidado diferenciado estabelecido na Lei Arouca.

Diante dos números expressivos de óbitos identificados e analisados, confirmou-se que o suicídio indígena no contexto nacional é um grave problema de saúde pública. Nesse contexto, defende-se a necessidade de qualificar a implementação do cuidado em saúde diferenciado aos povos indígenas brasileiros para a contenção deste fenômeno, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade e sensível às especificidades dessa população, que contemple suas reais necessidades, seu saber e sua cultura. A constituição de uma rede de atenção à saúde é uma tarefa complexa e torna-se ainda mais desafiadora no contexto da saúde indígena, pois, além das diferenças individuais, esta população possui outra visão de mundo e de interação da medicina ocidental com a tradicional. Portanto, além do desenvolvimento de uma escuta que contemple as necessidades em saúde e as demandas culturais que surgem aliadas aos agravos, atuar com os povos indígenas exige do profissional um fazer diferenciado. É necessário ir além do conhecimento acadêmico, conectando o saber científico à prática humanizada e culturalmente adaptada, tendo como propósito desenvolver um cuidado em saúde a fim de reduzir este agravo que tem gerado tanto sofrimento aos povos tradicionais.

O profissional de psicologia, especificamente, precisa contemplar com maior profundidade, em sua formação, as diversidades étnicas brasileiras, a visão cosmológica e etnográfica destas populações. Ademais, deve-se inserir disciplinas de epidemiologia, com o objetivo de ampliar e capacitar tal profissional a uma compreensão macro dos fenômenos de saúde e doença dos territórios que estão inseridos. Esta proposta reforça a teoria proposta por Bronfenbrenner, de uma compreensão do desenvolvimento e dos adoecimentos por meio de um olhar biopsicossocial, considerando todas as dimensões do indivíduo e sua comunidade, e no caso das comunidades indígenas pela incorporação dos significados culturais que podem interferir nos agravos em saúde, uma vez que para o desenvolvimento saudável do indivíduo é necessária a construção de uma rede de apoio social e afetiva em diversos contextos.

Profissionais de saúde de todas as áreas devem contribuir para fortalecer as comunidades indígenas na coesão grupal e na valorização da cultura destes povos, visto que esta é uma estratégia de prevenção ao suicídio que foi destacada pelas referências estudadas como o principal fator de proteção para as comunidades indígenas. Entender a dimensão coletiva que fundamenta a forma de pensar do ser indígena é imprescindível para um cuidado

em saúde de qualidade, pois estratégias de promoção da saúde precisam priorizar a coletividade para que a dimensão individual seja alcançada e os óbitos por suicídio sejam reduzidos.

Por fim, como citado por Rafael Maxakali, “Os pajés são poucos, estão morrendo novos e não passam os conhecimentos para as crianças” (Maxakali et al., 2006, p. 192). A cultura indígena está ligada à transmissão entre gerações com a manutenção dos rituais e das práticas saudáveis na comunidade. Trabalhar saúde mental é fortalecer esta cultura e sua transmissão entre as gerações como um fator protetivo em face do comportamento suicida. Portanto, estratégias que valorizem a vida e o desenvolvimento do bem viver, por meio do fortalecimento dos vínculos sociais, são primordiais para promover a saúde mental no território indígena. Isso é possível por meio da valorização dos rituais, do fortalecimento da cultura, do desenvolvimento das práticas da medicina tradicional e da manutenção do vínculo do povo com seu território — só assim podemos iniciar estratégias de prevenção no território indígena.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, Z.N. (Org.). (2015). *SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2a. ed. São Paulo: Martinari.
- Araújo, I.S. & Cardoso, J.M. (2015). Comunicação e Saúde: Desafios para um Pensar-Fazer em Sintonia com o SUS. In: Pelicioni, M. C. F & Mialhe, F. L. (Orgs.). *Educação e Promoção da Saúde: Teoria e Prática*. São Paulo: Santos.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP.
- Baldwin, J. A., Maxwell, J. C. C., Fenaughty, A. M., Trotter, R.T. & Stevens, S.J. (2000). Alcohol as a risk factor for HIV transmission among American Indian and Alaska Native drug users. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 9(1).
- Batista, N., Oliveira, J. R. do C. de, & Figueiredo, P. H. M. (2016). Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 7(4), 61-66. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000400008>
- Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, A. M. & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9(16), 89-99.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp.
- Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181-185.
- Bom Meihy, J.C.S. (1994). A morte como apelo para a vida: o suicídio. In: Kaiowá, in R.V. Santos & C.E. ^a Coimbra Jr. (Orgs.) *Saúde e povos indígenas*. (p. 243-251). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*. (25) 3, 231-236. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N.J., Cais, C.F.S. & Rapeli, C.B. (2012). Comportamento suicida. In: Botega, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, p. 335-355.
- Bronfenbrenner, U.A. (1996). *Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: Damon, W. & Lerner, R. M. (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology*. Theoretical models of human development, (1), 993-1027. New York: John Wiley & Sons.
- Cecconello, A.M. & Koller, S.H. (2003). Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 515-524. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000300010>
- Coimbra Jr., C.E.A & Santos, R.V. (2000). Minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*; 5, (1):125-32. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>.
- Collodel, I.B., Vieira, M.L., Crepaldi, A.M. & Schneider, D.R. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9 (16), 89-99. Recuperado a partir de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/download/620/585/>
- Coloma, C.J., Hoffman, J. & Crosby, A. (2006). Suicide Among the Guarani Kaiowá and Nandeva in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arch Suicide Res*, 10(2), 191-207.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988/1998). Brasília: Senado.
- Corrêa, H. & Perez, S.B. (2006). Suicídio: definições e classificações. In: Corrêa, H & Perez, S. B.(orgs.). *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu; pp. 30-6.
- Coscioni, V., Nascimento, D.B. do, Rosa, E.M. & Koller, S.H. (2018). Pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: uma pesquisa com adolescentes em medida socioeducativa. *Psicologia USP*, 29(3), 363-373. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170115>.
- Costa, S.P., Chavaglia, S.R.R. Scarelli, A. & Silveira, R. E. (2015). Internações e Gastos Relacionados ao Suicídio em um Hospital Público de Ensino. *Reve Enferm Atenção à Saúde*; 4(2),15-27. Recuperado a partir de <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1104/pdf>
- Currie, C.L. et al. (2011). Enculturation and Alcohol Use Problems Among Aboriginal University Students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12).
- Diniz, E. & Koller, S.H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar em Revista*, (36), 65-76. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602010000100006>
- Fundação Nacional de Saúde. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. (2ª ed.) - Brasília: Ministério da Saúde. 40 p.
- Ferraz, L.H.V.C. (2009). *O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Ferreira, L.O. (2013). Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. Rio de Janeiro, *Ciênc. saúde coletiva*, 18.
- Franco, T.B. (2014). *Modelo assistencial para a Saúde Indígena: DSEI-MG/ES*. Recuperado a partir de: <https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>
- Fundação Nacional de Saúde. (2002). *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Garcia, P.T. & Reis, R. S. (2016). *Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde*. São Luís, EDUFMA.
- Gawryszewski, V.P., Jorge, M.H.P.M. & Koizumi, M.S. (2004). Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(1).
- Gonçalves, L.R.C; Gonçalves, E. & Oliveira, L.B.J. (2011). Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*.21(2).
- Grubits, S., Freire, H.B. & Noriega, J.A.V. (2011). Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3). Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300006>.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, (170), 205-228.
- Maxakali, R., Maxakali, P., Maxakali, I., Maxakali, S., Maxakali, M., & Maxakali, T. *Hutupmã'ax: curar*. Belo Horizonte: Edições Cipó Voador.
- Hoifodt, T.S. Talseth, A.G. & Olstad, R.A. (2007). Qualitative study of the learning process in young treating suicidal patients: from insecurity to personal pattern knowledge and self-confidence. *BMC Medical Education*, 7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Características Gerais dos Indígenas – Resultado do Universo: *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Uma visão espacial e sociodemográfica da população indígena no Brasil, com base no Censo Demográfico 2010. Características Gerais dos Indígenas. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kirmayer, L. et al. (2007). *Suicide among aboriginal people in Canada*. Ottawa: The Aboriginal Healing Foundation. Recuperado a partir de: <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/2007-AHF-suicide.pdf>
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. Recuperado a partir de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=D5C2FCFF01E50638BC540FBFF0EEF9E5?sequence=1

- Kudo, K. et al. (2010). Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and non-hospitalized group. *BMC Psychiatry*, 10(4).
- Kuipers, P., Appleton, J. & Pridmore, S. (2012). Thematic analysis of key factors associated with Indigenous and non-Indigenous suicide in the Northern Territory, Australia. *Rural Remote Health*, 12, 2235. Recuperado a partir de: <https://core.ac.uk/download/pdf/143865848.pdf>
- Lazzarini, T. et al. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista De Saúde Pública*, 52,(56). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000541>
- Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. (1973, 21 dezembro). Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Brasília. Recuperado a partir de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm
- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília.
- Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 31 dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8142.htm
- Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999. (1999, 24 Setembro). Acrescenta dispositivos à Lei 8.080 de 19/09/1990, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. Diário Oficial da União.
- Leme, V. B. R. , Del Prette, Z.A.P. , Koller, S.H. & Del Prette, A. (2016). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: análise e perspectivas. *Psicologia & sociedade*, 28(1), 181-193. Epub September 15, 2015. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>
- Lorenzo, C.F.G. (2011). Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena *Rev. bioét (Impr.)*19(2). Recuperado a partir de revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/631/658
- Lucchese, P.T.R. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 8(2). Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>
- Machado, D.B. & Santos, D.N. dos. (2015). Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *J Bras Psiquiatr.* 64(1).
- Madeira, J.D. (2015). *Intervenção com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

- Marques, I. M. da S.F. (2003). *A política de atenção à saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Melione, L.P. & Mello-Jorge, M. H. P. de. (2008). Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 24(8):1. Recuperado a partir de: DOI:10.1590/S0102- 311X2008000800010.
- Mello-Jorge, M.H. P & Koizumi, M. S. (2004). Gastos governamentais do SUS com internações por causas externas. *Rev Bras Epidemiol.*, 7(2): Recuperado a partir de DOI:10.1590/S1415- 790X2004000200012.
- Mello Jorge, M.H P., Laurenti, R. & Gotlieb, S. L. D. O. (2009). Sistema de informações sobre Mortalidade – SIM: Concepção, implantação e avaliação. In: Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M. & Wang, Y. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil 1980 - 2000: characterization of age and gender rates of suicide. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 27(2), 131-134.
- Minayo, M.C.S. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 421-428.
- Ministério da Saúde. (2002). Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. DATASUS Trajetória 1991-2002. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília.
- Ministério da Saúde. (2009). 3ª ed. *O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios*. Brasília, Editora do Ministério da Saúde. Recuperado a partir de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados/* Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado a partir de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_fatores_risco_prognostico.pdf
- Ministério de Saúde. (2013). Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015). Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde– DEVDANTPS. *Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília.

- Ministério da Saúde. (2015). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Atenção Primária “a Saúde Indígena. Área técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais - CGAPSI/DASI/SESAI. *Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 48(30) – ISSN 2358-9450. 15 p. Recuperado a partir de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). *Sistema de Informação Sobre Mortalidade*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2019). *Secretaria Especial de Saúde Indígena* – SESA. Recuperado a partir de: <http://portalms.saude.gov.br/sesai>
- Monteiro, R.A., Bahia, C.A., Paiva, E. A., Sá, N.N.B., & Minayo, M.C.S. (2015). Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 689-699.
- Mullany, B. et al. (2009). Toward understanding suicide among youths: results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001-2006. *Am J Public Health*; (99),1840-8.
- Mullany B. et al. (2010). Toward Understanding Suicide Among Youths: Results from the White Mountain Apache Tribally Mandated Suicide Surveillance System, 2001-2006. *Am J Public Health*; 99(10), 1840-8.
- O'Connor, R.C. & Kirtley, O.J. (2018). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 373, (1754, doi: 10.1098/rstb.2017.026.)
- Olfson, M., Marcus, S.C. & Bridge, J.A. (2012). Emergency Treatment of Deliberate Selfharm. *Arch Gen Psychiatry*. 69(1), 80-8.
- Oliveira, C.S. & Lotufo-Neto, F. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Revista psiquiatria clínica* 30(1).
- Oliveira, D.C. de, Gomes, A.M.T., Acioli & Sá, C.P. de. (2007). A positividade e a negatividade nas representações de profissionais de saúde acerca do Sistema Único de Saúde. In: Anais, Jornada internacional sobre representações sociais, p. 69, (volume 5), Brasília. s. Brasília: UnB.
- Orellana, J.D.Y., Basta, P.C. & Souza, M.L.P. de. (2013). Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 658-669. Recuperado a partir de <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300010>

- Ores, L. da C. et al. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, 28(2):305-312. Recuperado a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200009
- Organização Mundial da Saúde. (1998). (1998, 30 setembro) CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Versão 1.6c. Recuperado a partir de: https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2000). Prevenção do suicídio: Manual para Professores e Educadores. Transtornos mentais e comportamentais- Departamento de saúde mental. OMS: Genebra. Recuperado a partir de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf;jsessionid=8B9A8A3A720874FBCD742833052FFBB0?sequence=5
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *The World Health Report: Shaping the future*. OMS: Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros*. OMS: Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura*. Departamento de Saúde Mental. OMS: Genebra.
- Ougrin, D., Banarsee, R., Dunn-Toroosian, V. & Majeed, A. (2011). Suicide survey in a London borough: primary care and public health perspectives. *J Public Health*, 33, 385-91.
- Owens, C. & Lambert, H. (2012). Mad, bad or heroic? Gender, identity and accountability in lay portrayals of suicide in late twentieth-century England. *Medicine and Psychiatry*, 36, 248-371.
- Owens, C.; Lambert, H.; Lloyd, K., & Donavon, J. (2008). Tales of biographical disintegration: how parents make sense of their sons suicides. *Sociology of health & Illness*, 30 (2), 237-254.
- Paim, J.S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paiva, M.V.S. (2016). Cultura indígena e identidade nacional. *RTES - Temas em Educação e Saúde*, 12(2), 230-245.
- Pereira, N.O.M., Santos, R.V. & Azevedo, M.M. (2005). Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas que se autodeclararam “indígenas” nos censos demográficos de 1991 e 2000. In: Pagiario, H., Azevedo, M. M. & Santos, R. V. (Orgs.). *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. (pp.155-166.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pinto, L.L.T, Meira, S.S., Ribeiro, I.J.S, Nery, A.A., & Casotti, C.A. (2017). Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 66(4), 203-210.

- Poletto, M. & Koller, S.H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Campinas, *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
- Pompili, M. & Baldessarni, R.J. (2015). Risk of suicide and all-cause mortality after self-harm. *Lancet Psychiatry*, 2(9), 769-70.
- Pontelli1, B.P.B. & Baldo, G.B. (2013). Sistemas de informação em saúde: estratégia para o planejamento em gestão. *Revista Fafibe On-Line*, ano 6 – (6). ISSN 1808-6993.
- Portaria nº. 1.271. (2014, 24 de junho). Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Ofic. nº 9, Brasília – DF, i.(108): seção I, p. 67.
- Portaria nº 2.759 (2007, 25, outubro). Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o comitê Gestor Brasil. Brasília, 2007.
- Prati, L.E., Couto, M.C.P., Moura, A.P.M. & Koller, S.H. (2008). Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 160-169. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100020>
- Rosa, N.M. da, Agnolo, C.M.D., Oliveira, R.R. de & Mathias, T.A. de F. (2017). Tendência de declínio da taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, Brasil: contribuição para políticas públicas de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(3), 157-163. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000165>.
- Secretária Especial de Saúde Indígena. (2017). Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017 – 2018. Brasília: SESAI.
- Silburn, S., Glaskin, B., Henry, D. & Drew, N. (2010). Preventing Suicide Among Indigenous Australians. In: Purdie, N., Dudgeon, P. & Walker, R. (Eds). *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice*. pp. 91-104 Canberra: Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Health, Department of Ageing.
- Silveira, R.E., Santos, A.S. & Ferreira, L.A. (2012). Impacto da morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 4(4), 3033-3042.
- Silviken, A. (2009). Prevalence of suicidal behavior among indigenous Sami in northern Norway. *Int J Circumpolar Health*, 68(3), 204-11. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705653>
- Sousa, M. C., Scatena, J.H.G., & Santos, R.V. (2007). O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 853-861. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>

- Souza, M.L.P. (2016). Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. *Saude soc.*[online]. 25(1),145-159. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00145.pdf>
- Souza, M.L.P. & Ferreira, L.O. (2014). Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1064-1076.
- Souza, M.L.P. & Orellana, J.D.Y. (2012). Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (34), 489-492,
- Souza, M.L.P. de & Orellana (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Brazilian Journal of Psychiatry*,34(1), 34-37. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000100007>
- Souza, M.L.P. & Orellana, J.D.Y. (2013). Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(4), 245-252. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000400001>.
- Souza, M.L.P. & Onety Júnior, R.T. da S. (2017). Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4), 887-893. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400019>
- Souza, R.S.B., Oliveira, J.C., Araújo, V. E., & Teodoro, M.L.M. (2018). Instruments for the Evaluation of Alcohol Use in Indigenous Communities – A Systematic Review. *Trends in Psychology*, 26(3), 1589-1603. <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-16en>
- Souza, R.S.B., Oliveira, J.C., Araujo, V.E. & Teodoro, M.L.M. (2018). Instruments for the Evaluation of Alcohol Use in Indigenous Communities: A Systematic Review. *Trens in Psychology*, 26, (1589-1603).
- Sumarokov, Y.A., Brenn, T., Kudryavtsev, A.V. & Nilssen, O. (2014). Suicides in the indigenous and non-indigenous populations in the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia, and associated socio-demographic characteristics. *Int J Circumpolar Health*.:6, 73.:24308. doi: 10.3402/ijch.v73.24308. eCollection 2014 . Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25006556>
- Vargas-Espíndola, A. et al. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *R Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 129 - 135. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>
- Villares e Silva, L.F. (Org.). (2008). *Coletânea da legislação indigenista brasileira*.Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. Brasília: CGDTI/FUNAI.
- Vilma, J. R.C.V., Aguiar, B.T. de, Júnior, A.F.S.X. & Júnior, C.R.C. (2019). Suicídio e povos indígenas no Brasil. *Interfaces, Aracaju, Científicas - Saúde e Ambiente*, 7(3), p. 49-60.

- Volpe, F.M., Corrêa, H. & Barrero, S.P. (2006). Epidemiologia do suicídio. In: Corrêa, H. & Perez, S. (orgs.) *Suicídio, uma morte evitável*. pp. 11-27. São Paulo: Atheneu.
- Weizelfisz, J.J. (2014). Os jovens do Brasil: mapa da violência. Rio de Janeiro: 2014,
Recuperado a partir de
https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf
- World Health Organization. (1996). *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
- Xakriabá, C.N.C. (2018). O Barro, o Genipapo e o Giz no fazer epistemológico de Autoria Xakriabá: reativação da memória por uma educação territorializada. Dissertação de Mestrado, Brasília, DF, 218 p.